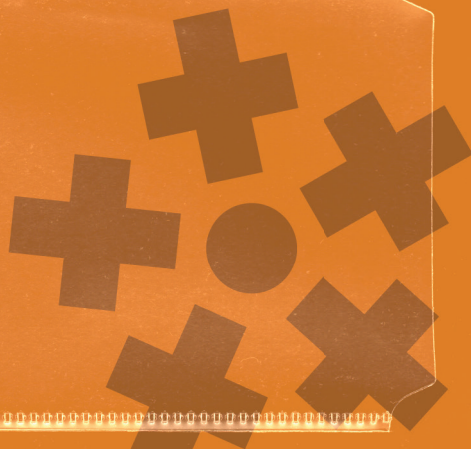


APRIMORAMENTO
DA GESTÃO DE
SEGURANÇA DO
PACIENTE NO PLANO
ESTADUAL DE SAÚDE
(PES) 2020-2023



APRIMORAMENTO DA
GESTÃO DE SEGURANÇA
DO PACIENTE NO
PLANO ESTADUAL DE
SAÚDE (PES) 2020-2023

34

CONASS documenta

Brasília, 2020 | 1.ª edição



© 2020 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 500 exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 34
Brasília, setembro de 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A654 Aprimoramento da gestão de segurança do paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 / Organizadoras Carla Ulhoa André, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília, DF: CONASS, 2020.
144 p. : il. color. – (Conass Documenta; v. 34)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-00-3

1. Atenção à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde pública – Brasil. I. André, Carla Ulhoa. II. Lopes, Luciana Tolêdo.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Alysson Bestene	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Marcellus Campelo	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Alex da Silva Bousquet
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osney Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Marcelo Lima Lopes
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho		

DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Gilberto Figueiredo (MT)

Região Nordeste

André Longo (PE)

Região Norte

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

Região Sudeste

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Tolêdo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Lins Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

ORGANIZAÇÃO

Carla Ulhoa André
Luciana Tolêdo Lopes

REVISÃO TÉCNICA

Alethele de Oliveira Santos
Lourdes Lemos Almeida
André Ribeiro da Silva

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

COLABORAÇÃO

Camila Lajolo	Colaboradora	Rita de Cassia Vassoler	SES/RJ
Camila Lisboa	SES/BA	Emanuel Avelino	SES/RN
Emerson Garcia	SES/BA	Aline Silva	SES/RN
Julio Calzado	SES/BA	Alessandra Silva	SES/RN
Silvana Oliveira	SES/BA	Márcia Galvão	SES/RN
Tereza Carvalho	SES/BA	Rosa Maria Ferreira de Almeida	SES/RO
Nádia Aparecida Campos Dutra	SES/MG	Clívia Roberta Barbosa da Silva	SES/RO
Dayane Aparecida Alves	SES/MG	Vanessa Ezaki	SES/RO
Ane Karine Alkmim de Sousa	SES/MG	Andreza Fontenele Ravazzi	SES/RR
Anderson Macedo Ramos	SES/MG	Angela Aparecida Neto Amaral	SES/RR
Karla Adriana Caldeira	SES/MG	Juliana Rodrigues Santos Lima	SES/RR
Aline Machado Caetano Costa	SES/MG	Kathiane da Silva Alencar	SES/RR
Maria do Carmo Souza	SES/MT	Zenaide Peres de Sousa	SES/RR
Queli Cristina Oliveira	SES/MT	Benta Lopes Silva	SES/MA
Tatiana Helena Belmonte	SES/MT	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SES/MA
Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias	SES/MT	Flávia Regina Vieira da Costa Santos	SES/MA
Deisi de Cássia Bocalon Maia	SES/MT	Mayrlan Ribeiro Avelar	SES/MA
Tatiana Vieira Souza Chaves	SES/PI	Myllena Carvalho Veras	SES/MA
Ana Maria Menezes Neiva Eulálio Amorim	SES/PI	Alessandra Dutra Falcão	SES/PB
Ângela Maria Leite Barroso	SES/PI	Maria Alzira de Melo Falcão	SES/PB
Suzane de Fátima Ferreira de Castro	SES/PI	Marcela Tárzia Barros Pereira	SES/PB
Leidimar Barbosa de Alencar	SES/PI	Rachel de Queiroz Monteiro Alves	SES/PB
Virginia Dobkowski Franco dos Santos	SES/PR	Vívian de Oliveira Lopes	SES/PB
Priscila Meyenberg Cunha Sade	SES/PR	Nírley Marques de Castro Borges	SES/SE
Marli Madalena Perozin	SES/PR	Maíza Daiane Alves de Souza	SES/SE
Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias	SES/PR	Gilvanete dos Santos Santana	SES/SE
Claudia Maria Braga de Mello	SES/RJ	Fernanda Barreto Aragão	SES/SE
Elaine Lucio Pereira	SES/RJ	Maynara Lima Franca	SES/SE

Dia desses...

Começamos. Reforma sanitária, sistema universal, solidariedade, e o SUS veio tomando forma. Antes de tudo na vontade, na crença em dias melhores, na participação democrática, na seguridade social. Depois na lei, nas estruturas, nas pessoas e na assunção ao direito à saúde. E ela saiu do Inamps e ajudou a fazer o SUS.

Dia desses...

Descentralizamos. Normas operacionais e assistenciais, pactos, contratos, convênios e fundos de Saúde. Governança por Comissões Intergestores e Conselhos. E ela dedicou-se incansavelmente aos consensos.

Dia desses...

Lutamos. Atenção à saúde, imunização, assistência farmacêutica, urgências. Subfinanciamento, planejamento e gestão. E ela movimentou-se pela suficiência e sustentabilidade.

Dia desses...

Registramos. Atas, notas técnicas, revistas, livros, coletâneas. E, em 2020, na revisão desta publicação: segurança do paciente, qualidade na atenção e a empatia no cuidado, ela despediu-se.

*Eu sou eu. Tu és tu. O que fomos um para o outro ainda o somos.
Dá-me o nome que sempre me deste!*

(Agostinho de Hipona – Século IV)

Dia desses...

Seguimos. Lourdes Almeida* segue conosco!

**In Memoriam*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 OS ELEMENTOS DO PROJETO DE APRIMORAMENTO DA GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	27
CAPÍTULO 2 CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO APLICADO À PRÁTICA	55
CAPÍTULO 3 A ABORDAGEM PARA MELHORIA DA QUALIDADE	75
CAPÍTULO 4 EXPERIÊNCIAS DOS ESTADOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO	103
CAPÍTULO 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTQCSP	Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente
DD	Diagrama Direcionador
EUA	Estados Unidos da América
GM	Gabinete do Ministro
HMV	Hospital Moinhos de Vento
IBEAS	Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MS	Ministério da Saúde
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDSA	<i>Plan Do Study Act</i>
PES	Plano Estadual de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em sua missão de produção, difusão do conhecimento e incentivo à troca de experiências, apresenta esta publicação de forma didática, da teoria à prática, com intuito de promover o fortalecimento da segurança do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Este caderno da Coleção Conass Documenta – Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 – tem o objetivo de atualizar informações, incrementar o debate e potencializar a cooperação entre as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), interessados e estudiosos do tema, dando ênfase à possibilidade de alcance de iniciativas sustentáveis dessa temática no SUS.

Os debates que envolvem o assunto anunciam uma das preocupações globais na área da saúde pública ao revelar um dos mais importantes componentes da prestação de cuidados, capaz de potencializar o bem-estar e a qualidade de vida do paciente.

Merece especial atenção o fato de que o Conass reconhece a importância da discussão do tema, dada a valiosa representação das SES, na Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP).

A atuação da CTQCSP é o corpo e a inspiração para as narrativas que apresentam argumentos densos sobre o fortalecimento da segurança do paciente e a qualidade no cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, em diferentes territórios estaduais.

Sob tais premissas, esta publicação apresenta conceitos teóricos e ferramentas práticas para o desenvolvimento de diretrizes, objetivos e metas relativos à inserção no PES 2020-2023 e ações correspondentes à qualificação do cuidado e da segurança do paciente, promovendo resultados que fortalecem o SUS.

Agradecemos a todos os colaboradores desta publicação que, além dos seus compromissos rotineiros, dedicaram seu tempo ao registro da Qualificação do Cuidado e da Segurança do Paciente nas SES, compartilhando-os generosamente.

Que seja a primeira de muitas publicações sobre o tema!

Boa leitura!

Carlos Lula
Presidente do Conass

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

INTRODUÇÃO

O objetivo principal desta publicação é apresentar, de forma sistematizada e organizada, informações acerca do Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, contemplando o processo de construção das diretrizes, objetivos e metas de segurança do paciente pelas equipes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Ao final, são feitas considerações gerais e apresentadas experiências de algumas SES no tocante à execução desse projeto.

Procurou-se elaborar um documento que, ao mesmo tempo que contextualiza o Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente, constitui-se também em um manual de como desenvolver estratégias para tal, compilando informações teórico-práticas de diversas fontes. Portanto, este documento serve também como fonte de consulta a todos os interessados no desenvolvimento de estratégias para fortalecer a segurança do paciente em âmbito de organização prestadora de cuidado de saúde, agente regulador, secretaria municipal ou estadual de saúde.

Para melhor leitura, a publicação foi dividida em cinco capítulos e em alguns anexos:

- I. Os elementos do Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente: este capítulo conta a trajetória do projeto, contemplando o contexto que lhe deu origem, seus elementos constituintes principais e as etapas de sua execução;
- II. Construção do conhecimento aplicado à prática: este segundo capítulo aborda os principais referenciais teóricos de embasamento ao desenvolvimento das diretrizes, objetivos e metas; bem como o passo a passo para sua elaboração;
- III. A abordagem para melhoria da qualidade: o terceiro capítulo apresenta uma visão geral sobre melhoria da qualidade e uma

abordagem prática para desenvolver projetos/ações com esse foco, denominada Modelo de Melhoria. Nele, são discutidos também os princípios do monitoramento de indicadores;

- IV. Experiências dos estados na operacionalização do projeto: o quarto capítulo traz a voz de algumas SES participantes do projeto por meio de relatos de suas experiências, contemplando reflexões sobre os aprendizados e desafios encontrados durante a jornada. Estas histórias exemplificam também resultados obtidos com o projeto;
- V. Considerações finais: o quinto capítulo apresenta considerações e reflexões finais teóricas e sobre o projeto, seus desafios e próximos passos;
- VI. Anexos: disponibiliza ferramentas, conceitos e demais recursos utilizados no projeto considerados relevantes ao processo de monitoramento. Seguem disponibilizados em *QR Code*.

Todas as referências utilizadas na elaboração desta publicação estão citadas ao final de cada capítulo. Alguns conteúdos contidos nas referências em língua inglesa foram traduzidos e adaptados ao contexto do projeto e do Sistema Único de Saúde (SUS). Há, ainda, conteúdos em língua portuguesa que, por sua relevância, foram reproduzidos ou sofreram pequenas adaptações.

1. O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) foi instituído em 1982 com o principal objetivo de “fortalecer as secretarias estaduais de saúde, torná-las mais participativas na reconstrução do setor e representá-las politicamente”¹. Sua missão é “articular, representar e apoiar as secretarias estaduais de saúde, no âmbito do SUS, promover a disseminação da informação, produção e difusão do conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências”¹. As Câmaras Técnicas são um instrumento importante de apoio à missão do Conass, ao se constituírem em espaços para discussão de temas específicos e relevantes ao fortalecimento do SUS.

As CT são compostas por representantes das Secretarias de Estado da Saúde indicados pelo Secretário Estadual de Saúde e coordenadas pela Secretaria Executiva do Conass.

Têm por objetivo prestar assessoria à Secretaria Executiva do Conass, à Diretoria e à Assembleia dos secretários, na formulação de políticas e estratégias de condução da entidade e são um importante espaço para construção de consensos técnicos e para integração entre as equipes técnicas das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal.

Em novembro de 2017, o Conass instituiu sua 13ª Câmara Técnica, a Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), cujo objetivo primordial é “contribuir com as secretarias estaduais de saúde na implementação e aperfeiçoamento de práticas de segurança do paciente, a partir de estratégias para redução ao mínimo dos riscos e danos desnecessários associados ao cuidado em saúde, da identificação de situações de riscos”².

Diante desse contexto, o Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no PES 2020-2023 integra-se ao Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS. Este último conjuga esforços para a construção de instrumentos de gestão estratégica que orientarão a elaboração dos PES 2020 a 2023; alinhando-se aos demais instrumentos de planejamento físico orçamentário: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA).

2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A seguir, será apresentada uma breve descrição sobre as redes de atenção à saúde (RAS) de forma a alinhar conhecimentos sobre o tema. O leitor que tiver interesse em se aprofundar sobre o tema, poderá consultar literatura específica.

Mendes³ descreve as RAS como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS

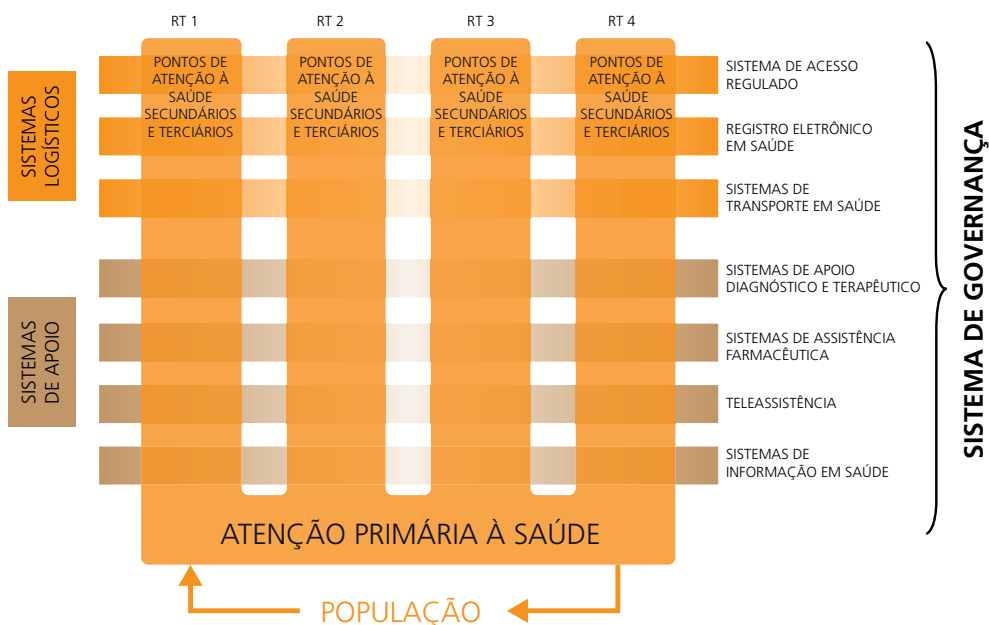
- prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

O autor identifica ainda três elementos essenciais que compõem as RAS: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

“O primeiro elemento e razão de ser da RAS, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica”³; sendo fundamental conhecê-la para que se baseie a gestão em suas necessidades. Essa característica essencial da RAS se alinha ao conceito de cuidado centrado na pessoa, no tocante ao planejamento das ações de saúde que leve em consideração as necessidades, os valores e as crenças de uma população, engajando-a ativamente em todas as etapas. O segundo elemento é a estrutura operacional da RAS composta pelos nós das redes e pelas ligações entre eles.

O autor identifica ainda cinco elementos que, em seu conjunto, representam os nós e as ligações entre eles. Os nós da RAS são representados: pelo centro de comunicação, a atenção primária à saúde (APS); pelos pontos de atenção secundários e terciários (representados na figura por redes temáticas de atenção à saúde, como, por exemplo, doenças cardiovasculares); e pelos sistemas de apoio. A ligação entre os nós é representada pelos sistemas logísticos. Há ainda um quinto elemento que é o sistema de governança da rede. A figura 1 representa a estrutura operacional das RAS.

FIGURA 1 **Estrutura das RAS**



FORTE: MENDES³.

O terceiro elemento é composto pelo modelo de atenção à saúde, que é uma forma de organizar o funcionamento das RAS, articulando a relação entre a população, as intervenções do sistema de atenção à saúde e as intervenções sanitárias. Ele se subdivide em modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

Por fim, merece destaque o papel desempenhado pela APS enquanto ordenadora de toda a RAS de forma a satisfazer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Em seu papel de ordenadora da RAS, é mister que a APS se apresente com estrutura e processos capazes de suprir as necessidades da população sob sua responsabilidade de forma segura, efetiva, eficiente, equitativa, oportuna e centrada na pessoa, em outras palavras, com qualidade⁴.

3. O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

O PES é o instrumento norteador da elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, com vistas à definição e à implementação das ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, conforme previsto na Lei 8.080/90⁵.

Elaborado por cada esfera da gestão do SUS, a partir da análise das necessidades de saúde da população e das peculiaridades próprias de cada esfera de governo, o referido plano deve explicitar as diretrizes, os objetivos e as metas a serem alcançados no período de quatro anos, bem como indicadores para acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde⁶.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

4. O PROJETO DE APRIMORAMENTO DA GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no PES 2020-2023 é fruto de uma demanda dos membros da CTQCSP. Ele foi apresentado em assembleia e pactuado pelos secretários de 26 SES e Distrito Federal, os quais assinaram o termo de adesão ao projeto. Os membros da CTQCSP foram indicados para desenvolvê-lo no âmbito da SES.

Seu objetivo principal é instrumentalizar representantes da SES e do Distrito Federal com conceitos e ferramentas para a inserção de provisões efetivas relativas à segurança do paciente no PES, alinhadas às diretrizes nacionais e mundiais sobre o tema. A inserção dessas diretrizes de forma sistemática no PES trará benefícios não apenas do ponto de vista da integração da segurança do paciente na RAS de forma transversal; mas também como um passo fundamental para o fortalecimento do SUS e do próprio planejamento estratégico das SES.

A execução desse projeto foi planejada cuidadosamente levando em consideração os conceitos, metodologia e cronograma do Projeto de Fortalecimento da Gestão do SUS, sendo desenvolvido pelo Hospital Ale-

mão Oswaldo Cruz em parceria com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS). Dessa forma, garante-se que as diretrizes, os objetivos e as metas estabelecidos para a segurança do paciente estejam alinhados ao mapa e objetivos estratégicos de saúde definidos no PES para o próximo quadriênio. Também foram utilizadas ferramentas e abordagens específicas relevantes à melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Com esse passo, as SES demonstram a preocupação com a segurança do paciente enquanto prioridade estratégica de saúde, dando suporte para o desenvolvimento de estruturas e de uma cultura que priorizem a segurança do paciente e a melhoria contínua no âmbito das RAS; além de garantir o alinhamento ao movimento global de promover acesso universal a serviços de saúde de qualidade.

Esse projeto fortalece ainda a CTQCSP como instância fundamental de governança da segurança do paciente. Explicita e reforça o compromisso do Conass em trabalhar a segurança do paciente em âmbito da RAS; garantindo a qualidade e a continuidade do cuidado nos diferentes níveis. O projeto de formação em segurança do paciente na APS, sendo desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV) e em parceria com o Proadi-SUS e Ministério da Saúde (MS), é outro exemplo desse compromisso.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Quem somos [internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; [acesso em 2019 nov. 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br>
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Segurança do Paciente [internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; [acesso em 2019 nov. 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br>
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2015.

5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF; 20 Set 1999.

6. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do sistema de saúde. Diário Oficial da União, Brasília: DF; 03 out. 2017.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

CAPÍTULO 1
OS ELEMENTOS
DO PROJETO DE
APRIMORAMENTO
DA GESTÃO DA
SEGURANÇA DO
PACIENTE

OS ELEMENTOS DO PROJETO DE APRIMORAMENTO DA GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

1

1. CONTEXTUALIZAÇÃO À LUZ DE PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

Em maio de 2019, ocorreu a 72ª Assembleia Mundial de Saúde que, entre outras pautas, discutiu sobre ações globais para segurança do paciente. As discussões foram norteadas por um relatório apresentado pelo Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS); que contém informações acerca do tema. As informações e os dados abaixo foram predominantemente retirados, traduzidos e adaptados desse relatório¹ e do site da própria OMS². Em ambos, há referências adicionais sobre os dados apresentados.

O panorama global do cuidado de saúde está mudando, e os sistemas operam em ambientes de crescente complexidade. As novas tecnologias e modelos de cuidado trazem muitos benefícios, mas carregam em si novas ameaças à segurança do paciente¹. Os riscos inerentes aos tratamentos específicos são geralmente bem conhecidos e discutidos pelos profissionais de saúde. Contudo, há outros, decorrentes de falhas no desenho dos sistemas/processos, capazes de causar dano e sofrimento considerável a pacientes e familiares, ofuscando assim os benefícios obtidos com avanços no conhecimento³. Garantir a prestação de um cuidado de qualidade é crucial para o fortalecimento dos sistemas de acesso universal à saúde.

Segurança do paciente é geralmente definida como “a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”^{4,5}.

Atualmente, segurança do paciente é reconhecida com um desafio global e crescente à saúde pública. Apesar dos esforços dos últimos 15 anos adotados por uma série de sistemas de saúde e organismos internacionais, os ganhos não foram substanciais e ficaram aquém do esperado¹.

A OMS estima que, anualmente, sejam perdidos 64 milhões de anos de vida por incapacidade resultante de cuidado de saúde inseguro; e que o dano dele decorrente é, provavelmente, uma das dez causas mais comuns de morte e incapacidade no mundo. Dados de países de renda média-baixa indicam a ocorrência de 134 milhões de eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar, resultando em 2,6 milhões de mortes. Nos países de renda alta, geralmente aceita-se o índice de 10% dos pacientes sofrendo dano enquanto no hospital^{1,2,6}.

Além de consequências negativas e potencialmente trágicas a indivíduos e seus familiares, essa epidemia de cuidado inseguro tem grandes implicações financeiras e políticas para os sistemas de saúde: eventos adversos podem consumir até 15% dos gastos hospitalares em países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), e causar perdas de produtividade estimadas em US\$ 1,4-1,6 trilhões em países de renda baixa-média. Do ponto de vista político, esses eventos resultam em perda de confiança no sistema^{1,7}.

Ainda segundo a relatório apresentado durante a 72ª Assembleia Mundial de Saúde em 2019, muitos riscos estão emergindo como grandes desafios à segurança do paciente, contribuindo significativamente para a carga de dano. Exemplos incluem, mas não se limitam aos explicitados abaixo, extraídos e traduzidos do material da OMS¹:

- **Erros de medicação:** são a principal causa de dano evitável advindo do cuidado de saúde; com um custo estimado em US\$ 42 bilhões/ano;
- **Infecções relacionadas com a assistência à saúde:** prevalência estimada de 7,5% a 10% em países de renda alta e média/baixa respectivamente;
- **Procedimentos cirúrgicos inseguros:** são responsáveis por complicações em 25% dos pacientes submetidos a eles. Aproximadamente 7 milhões de pacientes sofrem complicações cirúrgicas ao ano, sendo que 1 milhão evolui a óbito durante ou logo após o procedimento;
- **Erros diagnósticos:** afetam 5% dos pacientes adultos em atenção ambulatorial, sendo que mais da metade têm potencial para cau-

sar dano grave. A maioria das pessoas irá sofrer pelo menos um erro diagnóstico durante a vida;

- **Sepse:** o diagnóstico frequentemente não é realizado a tempo de salvar a vida do paciente; afeta aproximadamente 31 milhões de pessoas por ano, 5 milhões das quais evoluem a óbito. Como essas infecções são geralmente resistentes a antibióticos, podem levar rapidamente à deterioração clínica;
- **Tromboembolismo venoso:** um dos eventos adversos mais comuns, contribuindo para um terço das complicações das hospitalizações. Estima-se a ocorrência de 3,9 milhões de casos em países de alta renda e 6 milhões em países de renda média a baixa;
- **Cuidado inseguro em saúde mental:** possui aspectos específicos; mas os principais danos estão relacionados com isolamento, contenção, suicídio, comportamento, fuga, dano autoinfligido, capacidade diminuída de advogar por si;
- **Outros danos descritos no relatório:** práticas de injeção e transfusão inseguras e exposição excessiva a radiação (paciente errado ou local errado).

Estima-se ainda que metade de toda a carga global de dano associado ao cuidado de saúde tenha origem na atenção primária, com 4 em cada 10 pacientes sofrendo falhas de segurança. Estudos apontam que 80% do dano ocorrido na atenção básica poderia ser evitado; e que, em países da OCDE, esses danos resultam em 6% dos dias de internação, equivalente a 7 milhões de internações^{1,2,8}. Essa realidade realça a importância do projeto do Conass de formação em segurança do paciente na atenção primária; que está sendo executado pelo H MV em parceria com o Proadi-SUS.

2. PANORAMA DAS PRINCIPAIS INICIATIVAS GLOBAIS

Nos últimos 20 anos, uma miríade de estudos e relatórios sobre segurança do paciente foram publicados em diversos países, mas o grande divisor de águas foi o relatório *To Err is Human* (Errar é Humano) publicado pelo então *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA)

Anexo 1



bit.ly/3lKvt8i

Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

em 2000, atualmente conhecido como *Health and Medicine Division of the National Academies of Science Engineering and Medicine*. Esse relatório destacou a gravidade do problema da segurança do paciente: aproximadamente 44 mil a 98 mil mortes ocorrendo anualmente nos EUA em decorrência de erros no cuidado de saúde⁹. Desde então, uma série de países e organismos internacionais têm tomado medidas para reverter essa epidemia de cuidado inseguro.

Em 2001, uma nova publicação do IOM, intitulada *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*¹⁰, reconheceu a necessidade de redesenho dos sistemas de saúde para que se possa cruzar o abismo existente entre os cuidados de saúde que seriam possíveis dado o conhecimento e tecnologias atuais e os que são realmente prestados. Não há uma definição universalmente aceita para qualidade no cuidado de saúde, mas, entre a comunidade de saúde pública global, a definição apresentada pelo IOM na supracitada publicação é geralmente aceita e diz que: qualidade no cuidado de saúde é o “grau em que serviços de saúde voltados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejáveis e são consistentes com o conhecimento profissional corrente”¹⁰. O IOM e a OMS descrevem ainda sete dimensões para caracterizar o cuidado de saúde de qualidade. Este deve ser seguro, efetivo, eficiente, oportuno, equitativo, integrado e centrado na pessoa¹¹. O **anexo I** apresenta a definição de cada uma das dimensões.

Em 2002, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou a resolução WHA55.18¹², denominada “Qualidade do cuidado: segurança do paciente”, que conclamava os países-membros a prestarem atenção à segurança do paciente. Desde então, uma série de iniciativas têm sido lançadas ao redor do mundo. Destacam-se a criação da Aliança Global para Segurança do Paciente em 2004 e, sobretudo, o lançamento dos Desafios Globais para Segurança do Paciente, que lidam com questões de grande risco de dano.

O primeiro desafio, “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”, lançado em 2005, tinha por objetivo reduzir as infecções relacionadas com a assistência à saúde por meio do fortalecimento da higienização das mãos. O segundo, lançado em 2008, tinha por objetivo reduzir os riscos associados ao cuidado cirúrgico. Denominado “Cirurgia Segura Salva Vidas”, preconizava a adoção de uma lista de verificação para segurança cirúrgica. Em 2017, foi lançado o

terceiro desafio global: “Medicação Sem Danos”, com o objetivo de reduzir em 50% os danos associados aos medicamentos em cinco anos.

Em maio de 2019, a 72ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a resolução EB 144.R12 do *Executive Board* (Conselho Executivo) da OMS¹³. Esse documento reforça o compromisso com a segurança do paciente enquanto prioridade a ser incluída em políticas de saúde, reconhecendo o dia 17 de setembro como Dia Mundial da Segurança do Paciente. O tema escolhido para esse dia, em 2019, foi “Fale pela segurança do paciente” (*Speak up for patient safety*)¹⁴. As recomendações completas dessa resolução podem ser encontradas no documento “*Global action on patient safety*” (Ação global para segurança do paciente)¹.

Em outubro de 2019, ocorreu em Washington, DC, a 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (57º Conselho Diretor) em que se discutiu e aprovou a “Estratégia e Plano de Ação para Melhorar a Qualidade da Atenção na Prestação de Serviços de Saúde 2020-2025” (CD57/12)¹⁵. O Conselho Diretor reconhece o progresso feito pelos diversos países da região no tocante ao avanço de estratégias para promover acesso universal a serviços de qualidade, mas também destaca que há muito a ser feito. A análise situacional do documento aponta, em âmbito macro, para uma fragmentação e segmentação excessiva do sistema, o que pode impactar negativamente a qualidade dos serviços, os resultados de saúde, a satisfação do usuário e levar ao uso ineficiente de recursos.

O documento discutido nesta sessão contém dados interessantes acerca da qualidade do cuidado na região¹⁵, citados a seguir:

- Entre 2013 e 2014, aproximadamente 1,2 milhão de mortes poderiam ser evitadas se os sistemas de saúde prestassem um cuidado acessível, oportuno e de qualidade;
- Em 2014, mortalidade em decorrência da baixa qualidade no cuidado variou de 47 a 350 por 100 mil habitantes, de acordo com o país;
- Estudo com 58 hospitais da região identificou que 10% a 20% dos pacientes sofrem eventos adversos em ambiente hospitalar (com 60% de evitabilidade);
- Estudo com 22 centros ambulatoriais identificou prevalência de 5,2% de eventos adversos com 44% de evitabilidade.

Considerando a qualidade como um atributo inerente e necessário a sistemas de acesso universal, o Conselho Diretivo propõe três linhas estratégicas para melhoria da qualidade do cuidado de saúde nos diferentes países da região, transcritas abaixo¹⁵:

- Implementação de processos permanentes para melhorar a qualidade da atenção às pessoas, famílias e comunidades na prestação de serviços integrais de saúde;
- Reforçar a gestão e a governança dos sistemas de saúde a fim de criar uma cultura de qualidade e promover a melhoria sustentada da qualidade na prestação de serviços integrais de saúde;
- Estabelecer estratégias de financiamento que promovam a melhoria da qualidade na prestação de serviços integrais de saúde.

3. PANORAMA DAS PRINCIPAIS INICIATIVAS NACIONAIS

Em consonância com a preocupação mundial sobre o tema; o MS publicou, em abril de 2013, a Portaria do Gabinete do Ministro (GM/MS) nº 529, de 1º de abril de 2013, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)¹⁶.

O objetivo geral do PNSP, segundo a Portaria GM/MS nº 529, é “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. Este se desdobra em cinco objetivos específicos:

- I. Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- II. Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III. Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

- V. Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, em julho do mesmo ano, a RDC nº 36/2013 que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Essa resolução torna obrigatória a implantação de núcleos de segurança do paciente (NSP), elaboração de um plano de segurança do paciente e notificação de eventos adversos à Agência¹⁷.

As portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013 aprovam seis protocolos básicos de segurança do paciente escolhidos por tratarem causas frequentes de dano e por terem baixo custo. São eles: Identificação do Paciente; Prevenção de Úlcera (Lesão) por Pressão; Cirurgia Segura; Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde; Prevenção de Quedas e Segurança Medicamentosa^{18,19}.

Outra iniciativa que merece destaque é a criação da CTQCSP do Conass. Mesmo com apenas dois anos de atividade – instituída em novembro de 2017 –, já contribui de forma protagonista e inovadora para o fortalecimento da segurança do paciente no SUS. O Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente e o Projeto de Formação em Segurança do Paciente na Atenção Primária são dois exemplos de projetos desenvolvidos pela CTQCSP e com grande potencial para impactar positivamente a segurança do paciente nos diferentes níveis da RAS e enfrentar o desafio de aprimorá-la em âmbito populacional. A CTQCSP constitui-se também um fórum de interlocução entre as SES e as instâncias de liderança do SUS, além de possibilitar troca de experiências.

Nesses fóruns os técnicos, analisando as diferentes realidades regionais, produzem subsídios para o planejamento das ações a serem desenvolvidas no âmbito da política estadual e para o processo de tomada de decisões dos gestores. Também contribuem para o aprimoramento da política nacional, ao analisarem as propostas e políticas nacionais a serem implantadas em todo o território brasileiro.

Links para os principais marcos regulatórios e documentos técnicos relevantes para segurança do paciente aqui podem ser encontrados no site do Conass²⁰.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

Link



bit.ly/2YYmuXI

4. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO

O Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no PES 2020-2023, conforme mencionado anteriormente, é resultante de demanda dos membros da CTQCSP do Conass e teve adesão voluntária de 26 estados e do Distrito Federal.

Seu objetivo principal é instrumentalizar representantes das diferentes SES com conceitos teóricos e ferramentas práticas para que desenvolvam diretrizes, objetivos e metas relativas à segurança do paciente para inserção no PES 2020-2023, sendo construído em paralelo como resultado do Projeto de Aprimoramento da Gestão do SUS. Apesar da construção em paralelo, tiveram o alinhamento e a complementariedade teórico-prática de ambos.

A proposta metodológica para execução desse projeto apoia-se nos seguintes elementos principais: oficinas presenciais e remotas, identificação de um grupo condutor para liderar o projeto na SES e definição de um plano de monitoramento.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

FIGURA 2 **Principais elementos do Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente**



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O projeto transcorreu entre os meses de maio e dezembro de 2019. Nesse período, foram realizadas oficinas presenciais e remotas e produzidos documentos técnicos de embasamento do trabalho das SES detalhando o conteúdo discutido nas oficinas.

A metodologia proposta para desenvolvimento do Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no PES 2020-2023 contou com os seguintes recursos:

- Atuação de consultor especialista em segurança do paciente e melhoria da qualidade; conhecedor do SUS;
- Realização de oficinas remotas e presenciais com o grupo condutor do projeto nas SES participantes;
- Produção de documentos técnicos de embasamento do trabalho.

Como resultados desse projeto, espera-se que o grupo condutor, com apoio do consultor, produza os seguintes produtos:

- Diretrizes de segurança do paciente integradas ao mapa estratégico;
- Objetivos e metas para segurança do paciente integradas ao PES 2020-2023;
- Indicadores para monitoramento do alcance dos objetivos e metas;
- Ferramentas de monitoramento dos indicadores.

Os produtos desse projeto, se implantados de forma efetiva, terão impacto positivo no desenvolvimento de uma estrutura e do aprimoramento da cultura de segurança do paciente nas diversas instâncias da RAS.

Considerando as necessidades de saúde da população ante um cenário de transição demográfica, tripla carga de doença e limitação de recursos, é cada vez mais premente a incorporação de tecnologias efetivas e eficientes de gestão no âmbito do SUS. Em última instância, esse projeto contribuirá para incorporar a gestão da segurança do paciente enquanto ferramenta estratégica para fortalecimento do SUS.

O **anexo II** apresenta o termo de referência proposto para o projeto.

4.1 O GRUPO CONDUTOR

O grupo condutor é o elemento fundamental da execução e foi formado logo após a oficina presencial. Trata-se de um grupo da SES com representatividade de diferentes níveis da RAS, garantindo assim a transversalidade das ações de segurança do paciente. Sua liderança é realizada pelo membro da CTQCSP/Conass nomeado pelo Secretário Estadual de Saúde.

Anexo 2



bit.ly/2YZYVgX

*Acesse pelo
Qr Code ou
link acima*

Cabe a esse grupo multiprofissional e multidisciplinar a realização da análise situacional da segurança do paciente no estado, a definição das diretrizes, objetivos e metas, além da definição do plano de monitoramento. É fundamental ressaltar que, para o efetivo cumprimento dessas etapas, o grupo deve engajar em discussões e escutas qualificadas com uma ampla gama de profissionais, representantes de diferentes partes do sistema. Não menos importante é sua função de comunicação constante com o grupo responsável pelo desenvolvimento do PES, com vistas a garantir o alinhamento de ambos.

4.2 A OFICINA PRESENCIAL

A primeira atividade aconteceu por meio de oficina presencial, realizada em Brasília, nos dias 18 e 19 de junho de 2019, com carga horária de 16 horas. Nessa oficina, foram desenvolvidas atividades e apresentadas ferramentas que forneceram a base para o desenvolvimento e inserção de provisões relacionadas com a segurança do paciente no PES. Os seus principais resultados foram um esboço de diagnóstico da situação atual e de uma visão de futuro. Ambos serviram como fundamentos para a elaboração das diretrizes, objetivos e metas.

Os objetivos específicos dessa primeira atividade foram:

- Desenhar conjuntamente com os participantes um roteiro inicial para a elaboração de um diagnóstico da situação atual, identificação e desenvolvimento de diretrizes, objetivos e metas para segurança do paciente em âmbito de RAS;
- Discutir ferramentas relevantes à segurança do paciente e melhoria da qualidade;
- Apoiar os participantes na identificação de pontos vulneráveis da RAS, que potencialmente podem causar dano à população atendida;
- Apoiar os participantes no estabelecimento de uma visão de estado futuro para uma rede de atenção que preste cuidado seguro.

A oficina presencial foi conduzida de forma a maximizar a interação entre os participantes e seu engajamento com o tema. A metodologia utilizada mesclou atividades de preparação prévias à oficina, aulas expositivas, exercícios práticos e discussões de grupo.

Os participantes realizaram duas atividades prévias à oficina, a saber: leitura dos capítulos 1, 7 e 9 do livro Cuidado de Saúde Mais Seguro³, cujo objetivo foi fornecer um embasamento conceitual introdutório sobre segurança do paciente; e preparação de uma apresentação com as respostas às seguintes perguntas sobre segurança do paciente em seus estados, cujo objetivo foi fornecer insumos para discussões mais qualificadas:

- Quais são as prioridades de saúde do seu estado?
- Quais estruturas de governança/gestão e programas existem atualmente para aprimorar a segurança do paciente na RAS?
- Os programas identificados na questão anterior estão alinhados às prioridades de saúde?
- Onde estão e quais são os principais problemas que podem causar dano ao paciente na rede de atenção de saúde? (macroproblemas).

4.2.1 Breve relato sobre a oficina presencial

A oficina presencial teve a participação de 34 profissionais representando as SES de diversos estados. Os participantes foram divididos em mesas-redondas, sendo uma mesa a cada 2-3 estados com o intuito de maximizar as discussões e a troca de experiências.

O primeiro dia da oficina iniciou-se com uma palestra sobre as RAS e como a segurança do paciente integra em todos os pontos de atenção. A palestra foi proferida pela Dra. Maria Zélia Lins, médica e consultora do Conass. Na sequência, iniciaram-se as atividades de análise situacional para identificação do estado atual da gestão de segurança do paciente da RAS das diferentes SES. Esse trabalho serviu de base para o segundo dia, cujo foco foi a definição de uma visão de futuro e discussões sobre as diretrizes de segurança do paciente a serem incluídas no PES.

Também foram apresentados, durante a oficina, alguns conceitos fundamentais sobre segurança do paciente, como, por exemplo, a definição e a importância do tema; além de ferramentas para melhoria da qualidade, fundamentais para a condução do trabalho.

Em relação às atividades desenvolvidas durante a oficina, duas merecem destaque: a definição local de segurança do paciente por cada SES e a identificação dos potenciais danos em âmbito de RAS. A importância dessas

duas atividades recai na apropriação e na adaptação que cada SES fez das definições descritas na literatura e tradicionalmente aceitas; e no instigar do pensar dano em âmbito de rede, e não apenas de um ou outro serviço ou ambiente de cuidado

Cada equipe recebeu um desenho esquemático da estrutura operacional das RAS e foi provocada a pensar os macroprocessos e o(s) dano(s) potenciais de cada um, para que construísse assim uma matriz de segurança do paciente. Esse desenho esquemático está reproduzido no quadro 1, e foi baseado em Mendes²⁰.

QUADRO 1 **Desenho esquemático com estrutura operacional das RAS para atividade durante a oficina presencial**

ESTRUTURA OPERACIONAL	MACROPROCESSO	DANO POTENCIAL
APS		
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)		
ATENÇÃO HOSPITALAR		
SISTEMAS DE APOIO	Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	
	Sistema de Assistência Farmacêutica	
	Teleassistência	
	Sistema de Informação em Saúde	
SISTEMAS LOGÍSTICOS	Sistema de Acesso Regulado	
	Registro eletrônico em saúde	
	Sistema de Transporte em Saúde	
SISTEMA DE GOVERNANÇA	Gestão, Monitoramento e Avaliação das Redes	

FONTE: ELABORADO POR CARLA ULHOA ANDRÉ, ASSESSORA TÉCNICA DO CONASS, A PARTIR DE MENDES²¹.

A figura 3 demonstra algumas definições de segurança do paciente elaboradas pelos participantes das oficinas.

FIGURA 3 **Definições "locais" de segurança do paciente feita pelos participantes da oficina**



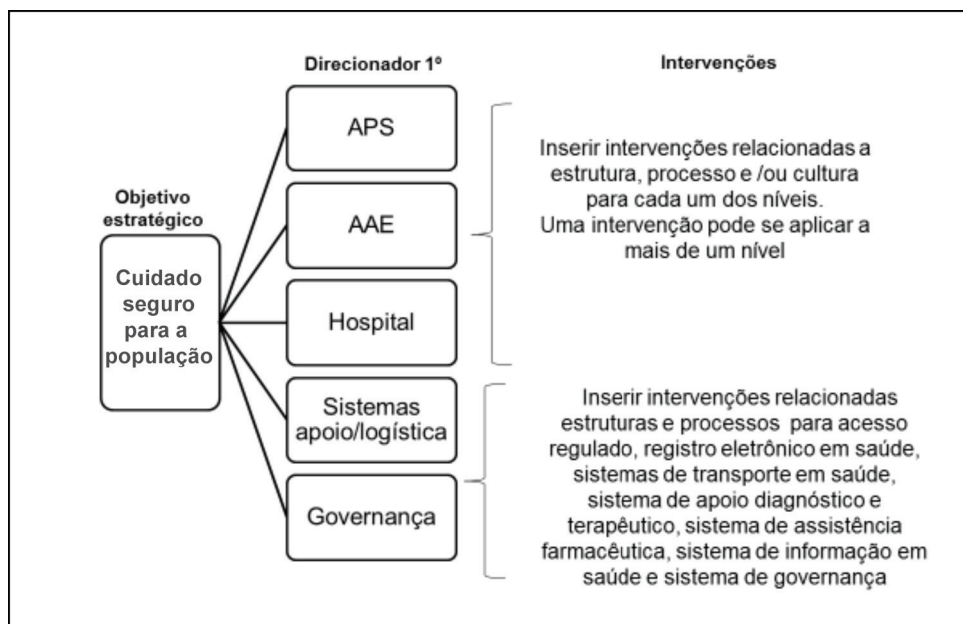
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR MATERIAL ORIGINAL DOS PARTICIPANTES DA OFICINA.

Ao final dos dois dias de oficina presencial, foram pactuadas algumas ações com os participantes no intuito de estruturar e dar início ao trabalho de desenvolvimento das diretrizes para inserção no PES. As seguintes ações foram pactuadas por todos:

- Montar grupo condutor do projeto incluindo especialistas de cada nível da RAS (APS, AAE, Hospital, sistema logístico e apoio);
- Desenhar um esboço de diagrama direcionador (figura 4), utilizando como base uma adaptação do modelo tradicional e considerando a RAS como escopo das intervenções;

- Desenhar os planos de ação para as intervenções do diagrama (macro) utilizando a ferramenta 5W2H ou outra similar. As intervenções devem ser em âmbito macro, depois cada nível as desdobra dentro de suas especificidades.

FIGURA 4 **Modelo de Diagrama Direcionador para a RAS**



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Esse trabalho é parte estruturante para a definição de diretrizes, objetivos e metas de segurança do paciente para inserção no PES 2020-2023.

O **anexo III** contém maiores informações sobre essas duas ferramentas.

As figuras abaixo trazem alguns exemplos de diagrama direcionador desenvolvidos durante o projeto:

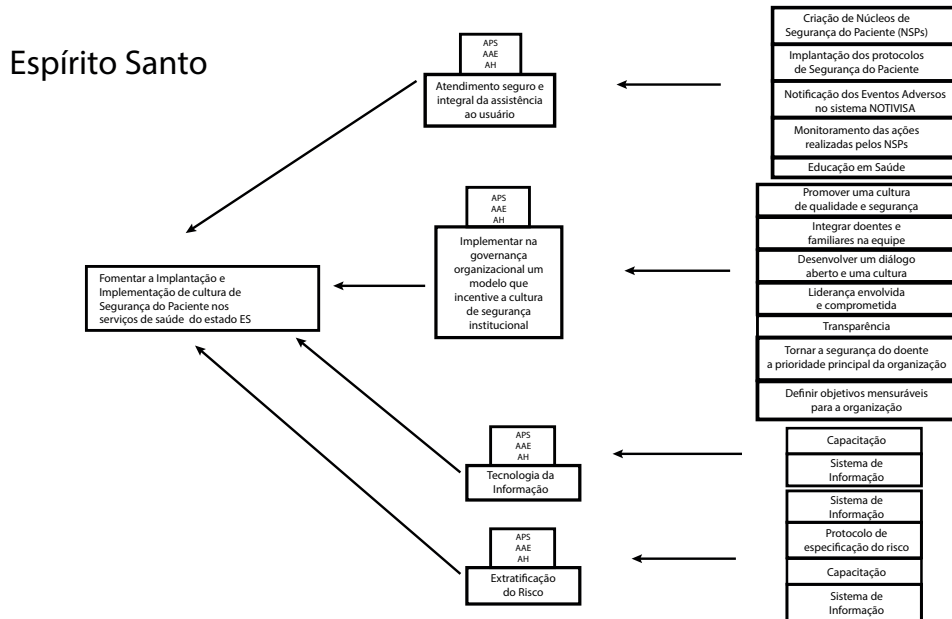
Anexo 3



bit.ly/3gRqY8v

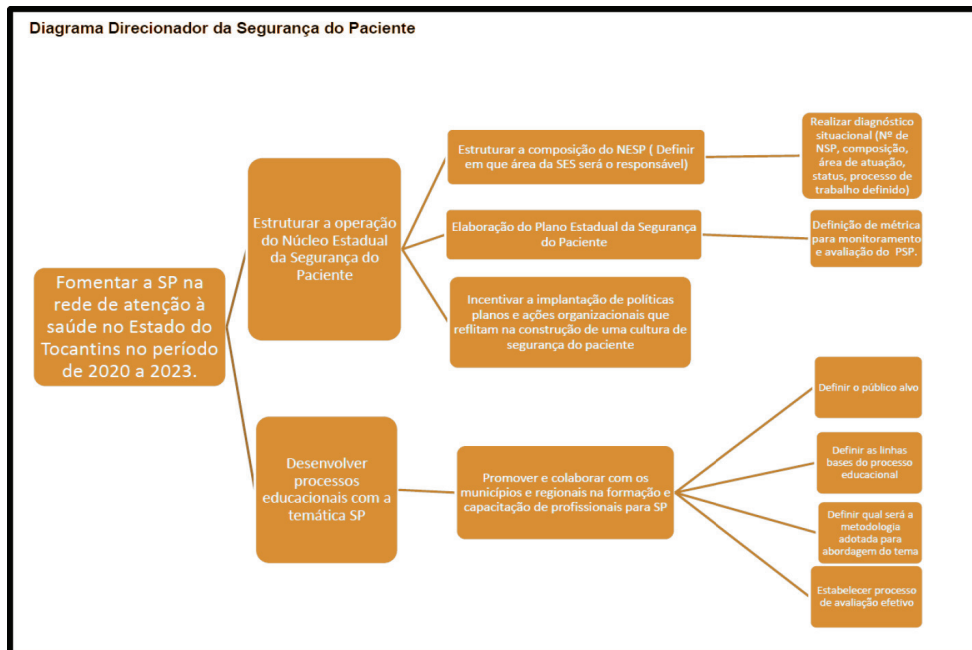
Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

FIGURA 5 Exemplo de Diagrama Direcionador



FONTE: EQUIPE DO ESPÍRITO SANTO.

FIGURA 6 Exemplo de Diagrama Direcionador



FONTE: EQUIPE DA BAHIA.

4.3 AS OFICINAS REMOTAS

As oficinas remotas foram parte fundamental da condução do projeto. Entre os meses de agosto e setembro de 2019, foi realizado um total de três oficinas remotas com uma hora de duração, utilizando ferramenta de videoconferência – *Adobe Connect* – disponibilizada pelo Conass. O público-alvo das oficinas remotas foi o grupo condutor da SES envolvido no projeto.

O objetivo das oficinas remotas foi aprofundar a capacitação para gestão da segurança do paciente aos componentes do grupo condutor na SES e o acompanhamento do projeto.

A abordagem utilizada durante as oficinas remotas seguiu a mesma linha metodológica da oficina presencial, com uma mistura de aula expositivas e atividades realizadas/apresentadas pelas equipes. As SES foram divididas em grupos de quatro com vistas a garantir uma maior interação e participação.

n. 34
*Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*

4.3.1 Breve relato das oficinas remotas

Três oficinas remotas foram realizadas entre agosto e setembro de 2019, sendo uma extraordinária e duas conforme planejamento do projeto. A oficina extraordinária foi ministrada pela Dra. Lourdes Lemos Almeida, assessora técnica do Conass, e as demais, pela Dra. Camila Lajolo, consultora do projeto.

Na primeira oficina remota, Dra. Lourdes abordou o fortalecimento do planejamento estratégico das SES por meio da instrumentalização da gestão; detalhando aspectos referentes ao PES, com o objetivo de alinhar o conhecimento do grupo condutor com vistas a aprimorar a execução do presente projeto.

Na segunda oficina, Dra. Camila Lajolo discutiu o passo a passo para a elaboração de diretrizes, objetivos e metas para segurança do paciente com vistas a sua inserção no PES.

Na terceira, o grupo condutor responsável pelo projeto na SES apresentou seu progresso até o momento. Cada SES apresentou os seguintes tópicos: composição do grupo condutor, prioridades de saúde do estado, principais problemas relativos à segurança do paciente, diretrizes/objetivos e metas para segurança do paciente.

5. O PLANO DE MONITORAMENTO

Uma estratégia robusta para melhoria da segurança do paciente deve incluir um plano para monitoramento, *feedback* e avaliação do progresso em relação aos objetivos e metas estabelecidos.

Traduzir a estratégia à prática requer que as SES identifiquem um conjunto de indicadores relacionados com a segurança do paciente nos diferentes níveis da RAS e em âmbito de SES. Esse conjunto de indicadores é fundamental para determinar se as intervenções adaptadas estão resultando em melhorias ou não, se os objetivos e metas definidos para segurança do paciente estão ou não sendo alcançados.

Segundo a OMS¹¹, o papel do monitoramento e da medição no tocante a uma estratégia estadual para fortalecimento da segurança do paciente inclui os seguintes objetivos, entre outros:

- Monitoramento da adesão a diretrizes e protocolos;
- *Feedback* às organizações prestadoras de cuidado de saúde e aos profissionais sobre as atividades de melhoria da segurança do paciente;
- *Benchmarking* para aprender sobre diferentes desempenhos;
- Contratualização baseada em valor;
- Monitoramento da efetividade das intervenções implementadas.

A seleção dos indicadores a serem monitorados deve basear-se nas prioridades e necessidades de saúde, bem como na capacidade de obtenção e análise dos dados de cada região e nível da RAS. É importante também desenvolver as habilidades em âmbito de SES e RAS para análise dos indicadores, com foco na compreensão da variação apresentada por eles, a fim de determinar se há ou não melhoria, se as intervenções resultaram ou não em algum impacto.

Ainda no que concerne ao monitoramento, a CTQCSP do Conass acompanhará o progresso da estratégia dos estados em suas reuniões semestrais.

Aspectos conceituais sobre monitoramento serão abordados no capítulo III.

5.1 RESPONSABILIDADE PELO MONITORAMENTO NA SES

Melhoria da qualidade e da segurança do paciente é responsabilidade de todos que trabalham no sistema de saúde, daqueles na linha de frente do cuidado às esferas mais altas de gestão. É comum, no campo da qualidade, ouvir que temos dois trabalhos: fazer nosso próprio trabalho e melhorá-lo. Desenvolver ações de melhoria é responsabilidade de todos, monitorá-las também. Dessa forma, cada um dos diferentes níveis da RAS é responsável por desenvolver ações para melhoria da segurança do paciente e monitorar seu impacto.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

O grupo condutor do projeto na SES deverá ser o responsável pelo monitoramento dos objetivos e metas de segurança do paciente inseridos no PES. Cabe a ele monitorar e discutir o desempenho dos indicadores em reuniões regulares, a fim de avaliar se eles estão na direção correta no tocante ao alcance das metas, se as ações propostas estão, de fato, representando melhorias, se há barreiras e problemas não antecipados. Estas análises devem ser seguidas de planos de ação sempre que necessário.

O membro da CTQCSP, líder do grupo condutor do Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente na SES, participará das reuniões de monitoramento do progresso em relação ao PES, garantindo assim uma avaliação integrada dos objetivos e metas pactuados para o quadriênio.

Destaca-se, por oportuno, que nas oficinas de trabalho desenvolvidas pelo Projeto de Fortalecimento da Gestão do SUS, nas SES, foram utilizadas como eixo principal para a construção do Mapa Estratégico (ME) – que orientou a elaboração dos respectivos PES – as ferramentas do *Balanced Scorecard* (BSC) e do Planejamento Estratégico Situacional, além de outros instrumentos, como, por exemplo, a matriz SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities e Threats*)²².

Nesse contexto, com vistas a manter o alinhamento e evitar o retrabalho, o instrumento para monitoramento das ações de segurança do paciente em âmbito de SES foi desenhado usando como base aquele proposto pelo grupo desenvolvendo o projeto do PES; mas incorporando também alguns conceitos de abordagens para melhoria da qualidade e compreensão de variação.

O quadro 2 apresenta o instrumento sugerido para monitoramento dos objetivos e metas para segurança do paciente em âmbito de SES e pac-

tuado pelos presentes à segunda oficina presencial desse Projeto, realizada em novembro de 2019.

QUADRO 2 Instrumento de monitoramento das ações de segurança do paciente no PES

INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE						
ESTADO:						
EQUIPE RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO:						
PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO:						
DIRETRIZ DE SEGURANÇA DO PACIENTE:						
OBJETIVO 1:						
METAS	PRAZO	ESTRATÉGIA			PROBLEMAS	PLANO PARA ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS
Meta A Meta B Meta C ...	Curto, médio e longo prazo	Principais ações para atingir a meta			Quais problemas podem interferir no alcance das metas?	Quais ações possíveis para superar os problemas
Indicador Meta A (nome do indicador)	Período de avaliação (Ano): a frequência de avaliação pode variar conforme necessidade				Análise do indicador: Não se ater somente ao fato de o indicador estar ou não dentro da meta prevista. O que a variação nos dados ensina?	Plano de ação: Definir um plano de ação sempre que necessário
	1º tri	2º tri	3º tri	4º tri		
Meta prevista						
Meta executada no período						
Gráfico de série temporal	Inserir gráfico de série temporal mostrando o desempenho do indicador ao longo do tempo. Colocar no gráfico anotações das ações/intervenções realizadas e problemas ocorridos.					

FONTE: ADAPTAÇÃO DA AUTORA DE MODELO PROPOSTO NO PROJETO DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS PARA MONITORAMENTO DO MAPA ESTRATÉGICO, CONTIDO NO DOCUMENTO: DIRETRIZES METODOLÓGICAS PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE | SES.

5.2 INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO EM ÂMBITO DE CONASS

Conforme já mencionado anteriormente, a CTQCSP do Conass irá acompanhar o progresso das diferentes SES no tocante ao aprimoramento da segurança do paciente, promovendo uma plataforma de troca de experiências e aprendizado entre os diferentes estados e prestando apoio à resolução de problemas, sempre que necessário.

O monitoramento ocorrerá duas vezes ao ano durante a realização das Câmaras Técnicas. Nessas ocasiões, os representantes da SES deverão apresentar os seguintes dados: escala de evolução do projeto, indicador de porcentagem de alcance dos objetivos estratégicos de segurança do paciente, indicadores específicos das SES, histórias de sucesso e desafios.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

- Escala de evolução do projeto:
 - o Esse instrumento tem por objetivo acompanhar a evolução das SES no alcance das metas de segurança do paciente pactuadas no PES;
 - o Como os objetivos são compostos por metas de curto, médio e longo prazo, optou-se pelo acompanhamento das metas como indicativo indireto do alcance deles;
 - o A data inserida como expectativa de alcance de cada um dos escores é apenas uma predição do que possa vir a acontecer e não uma meta;
 - o A cada reunião da CTQCSP, as SES deverão apresentar um gráfico de série temporal mostrando a evolução da escala de progresso.
- Percentual de objetivos estratégicos de segurança do paciente alcançados:
 - o Como os objetivos de segurança do paciente pactuados no PES são compostos por metas de curto, médio e longo prazo; esse indicador pode levar algum tempo para mostrar melhoria;
 - o A cada reunião da CTQCSP, as SES deverão apresentar um gráfico de série temporal mostrando a evolução da escala de progresso.

- Desempenho e análise de 3-5 indicadores de segurança do paciente selecionados pela SES. O critério de escolha desses indicadores pode seguir os seguintes critérios:
 - o Houve grande melhora no desempenho do indicador com as ações desenvolvidas. A experiência exitosa merece ser compartilhada;
 - o Houve piora do indicador, e a SES precisa de apoio para definir ações de enfrentamento;
 - o O indicador se relaciona a uma prioridade de saúde do estado;
 - o Preferencialmente, apresentar o indicador em formato de gráfico de série temporal.
- Histórias de sucesso no tocante ao aprimoramento da gestão da segurança do paciente no estado e desafios.

O quadro 3 apresenta a descrição de uma escala numérica, representando escala de evolução, para acompanhamento do progresso do projeto.

QUADRO 3 **Escala de evolução do projeto**

ESCALA DE EVOLUÇÃO	DESCRIÇÃO	PREDIÇÃO DE DATA DE ALCANCE DA ESCALA DE EVOLUÇÃO
0.5	Diretrizes, objetivos e metas de segurança do paciente validados pelas instâncias responsáveis e oficialmente inseridos no PES 2020-2023.	Janeiro de 2020
1.0	Plano de monitoramento das ações de segurança do paciente definido e validado pelas instâncias responsáveis.	Março de 2020
1.5	As ações para segurança do paciente estão sendo executadas e o plano de monitoramento está sendo colocado em prática. Já houve pelo menos uma reunião para análise dos indicadores de monitoramento da segurança do paciente e ações foram definidas, se necessário.	Julho de 2020
2.0	15% das metas estratégicas de segurança do paciente pactuadas no PES para serem alcançadas até dezembro de 2020 o foram, independentemente de a qual objetivo se refiram.	Dezembro de 2020
2.5	30% das metas estratégicas de segurança do paciente pactuadas no PES para serem alcançadas até julho de 2021 o foram, independentemente de a qual objetivo se refiram.	Julho de 2021

3.0	45% das metas estratégicas de segurança do paciente pactuadas no PES para serem alcançadas até dezembro de 2021 o foram, independentemente de a qual objetivo se refiram.	Dezembro de 2021
3.5	60% das metas estratégicas de segurança do paciente pactuadas no PES para serem alcançadas até julho de 2022 o foram, independentemente de a qual objetivo se refiram.	Julho de 2022
4.0	75% das metas estratégicas de segurança do paciente pactuadas no PES para serem alcançadas até dezembro de 2022 o foram, independentemente de a qual objetivo se refiram.	Dezembro de 2022
4.5	90% das metas estratégicas de segurança do paciente pactuadas no PES para serem alcançadas até julho de 2023 o foram, independentemente de a qual objetivo se refiram.	Julho de 2023
5.0	100% das metas estratégicas de segurança do paciente pactuadas no PES para serem alcançadas até dezembro de 2023 o foram, independentemente de a qual objetivo se refiram.	Dezembro de 2023

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Já o quadro 4 explicita o instrumento a ser utilizado em âmbito de Câmara Técnica do Conass para monitoramento do estratégico do projeto, contemplando indicadores, escala de evolução e gráficos de indicadores selecionados.

QUADRO 4 Instrumento de monitoramento estratégico de segurança do paciente – CTQCSP Conass

ESTADO	Inserir nome do estado
EQUIPE	Inserir nome da equipe responsável pelo monitoramento das ações estratégicas de segurança do paciente, contemplando a que área pertencem: Vigilância, APS, AAE, SES, Hospital etc.
ESCALA DE EVOLUÇÃO DO PROJETO	Inserir gráfico de série temporal com a escala de evolução do projeto, e analisá-lo. (Tenha uma tabela com os dados à disposição caso necessário)
OBJETIVOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE ALCANÇADOS	Inserir o gráfico de série temporal mostrando o % alcance dos objetivos estratégicos de segurança do paciente, e analisá-lo (Tenha uma tabela com os dados à disposição caso necessário)

INDICADORES SELECIONADOS PELA SES	Gráfico e análise do indicador 1	Cada SES pode selecionar entre 3-5 indicadores (ver critérios acima). Eles devem ser preferencialmente apresentados na forma de gráfico de série temporal, mas outras formas também são aceitáveis.
	Gráfico e análise do Indicador 2	
	Gráfico e análise do Indicador 3	
PRECISO DE AJUDA COM:	Caso a SES precise de apoio do Conass ou de outros estados para superar alguma barreira/problema relativo às ações de segurança do paciente, descrevê-lo brevemente aqui.	
HISTÓRIA DE SUCESSO	Há alguma história da qual a SES esteja orgulhosa? Este é um espaço para mostrar as conquistas e trazer a voz do paciente	

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

6. O ENCERRAMENTO DO PROJETO

A última oficina da CTQCSP ocorreu nos dias 19 e 20 de novembro de 2019, em Brasília, e marcou o encerramento do projeto. Estiveram presentes representantes da SES, do Conass, da Anvisa, do MS e da Opas. Pelo Conass, estiveram presentes Dr. Jurandi Frutuoso, secretário executivo; Carla Ulhoa André, assessora técnica, e Dra. Camila Lajolo, consultora do projeto.

No primeiro dia, os representantes da SES apresentaram o resultado de seu trabalho em termos de diretrizes, objetivos e metas inseridos no PES 2020-2023. No segundo dia, houve uma aula expositiva acerca de monitoramento, desenvolvimento de indicadores e análise de variação; além da apresentação de dois instrumentos para monitoramento do progresso do projeto: um para ser utilizado em âmbito de SES, e outro em âmbito de CTQCSP do Conass. Os instrumentos foram aprovados pelos presentes e serão utilizados conforme o plano.

Além de ser reconhecido pelos presentes, o projeto e o trabalho das equipes também receberam reconhecimento internacional do Professor Dr. Jason Leitch, diretor clínico do sistema de saúde escocês e um dos líderes do bem-sucedido programa de segurança do paciente de seu país, que enviou um vídeo parabenizando as SES, enfatizando a relevância desse projeto e alertando para a importância da execução cuidadosa do plano. O vídeo pode ser acessado no site do Conass.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

Vídeo



bit.ly/2YYmuXI

REFERÊNCIAS

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

1. World Health Assembly 72. Patient Safety: global action on patient safety: report by the Director General [internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [acesso em 2020 fev. 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328696>
2. World Health Organization. 10 Facts on patient safety [internet]. Geneva: World Health Organization; [Aug. 2019] [acesso em 2020 fev. 23]. Disponível em: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
3. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Proqualis, tradutor [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016 [acesso em 2020 fev. 23]. Disponível em: <https://proqualis.net/livro/cuidado-de-sa%C3%BAdede-mais-seguro-estrat%C3%A9gias-para-o-cotidiano-do-cuidado>
4. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety v 1.1.: final technical report and technical annexes [internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [acesso em 2020 fev. 23]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. Proqualis. Aula sobre taxonomia de segurança do paciente [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; [acesso em 2019 jul. 13]. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>
6. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington (DC): National Academies Press; 2018.
7. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017.
8. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. Paris: OECD. Paris: OECD; 2017.; 2018
9. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human a safer health system: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
10. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
11. World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018.
12. World Health Assembly 55. Quality of care: patient safety [internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [acesso em 2020 fev. 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78535>

13. World Health Organization Executive board. Patient safety: global action patient safety: report by the Director General [internet]. 144th session; 2019 [acesso em 2020 fev.20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328120>.

14. World Health Organization. World Patient Safety Day [internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [acesso em 2019 Ago. 28]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/campaigns/world-patient-safety-day/2019>

15. Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. Estratégia e Plano de Ação para Melhorar a Qualidade da Atenção na Prestação de Serviços de Saúde 2020-2025. 71ª Sessão do Quinquagésimo Sétimo Conselho Diretor [internet]. Washington (DC): Organização Pan-Americana de Saúde; 2019 [acesso em 2020 fev. 20]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51621>

16. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília: DF; 02 abr 2013.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF; 26 jul 2013.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Diário Oficial da União, Brasília: DF; 10 jul 2013.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Diário Oficial da União, Brasília: DF; 25 set 2013.

20. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Qualidade no cuidado e segurança do paciente [internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde [acesso em 2020 fev. 24]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/seguranca-do-paciente/>

21. Mendes EV. O cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

22. Diretrizes Metodológicas para o Planejamento Estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde | SES (Dez/2018) - Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS. PROADI-SUS. Responsável: Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

CAPÍTULO 2
CONSTRUÇÃO DO
CONHECIMENTO
APLICADO À
PRÁTICA

1. INTRODUÇÃO

O principal referencial teórico de embasamento ao desenvolvimento da estratégia para segurança do paciente em âmbito de RAS foi a publicação da OMS intitulada “*Handbook for National Quality Policy and Strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*”¹, doravante denominado “manual da OMS” para fins deste documento.

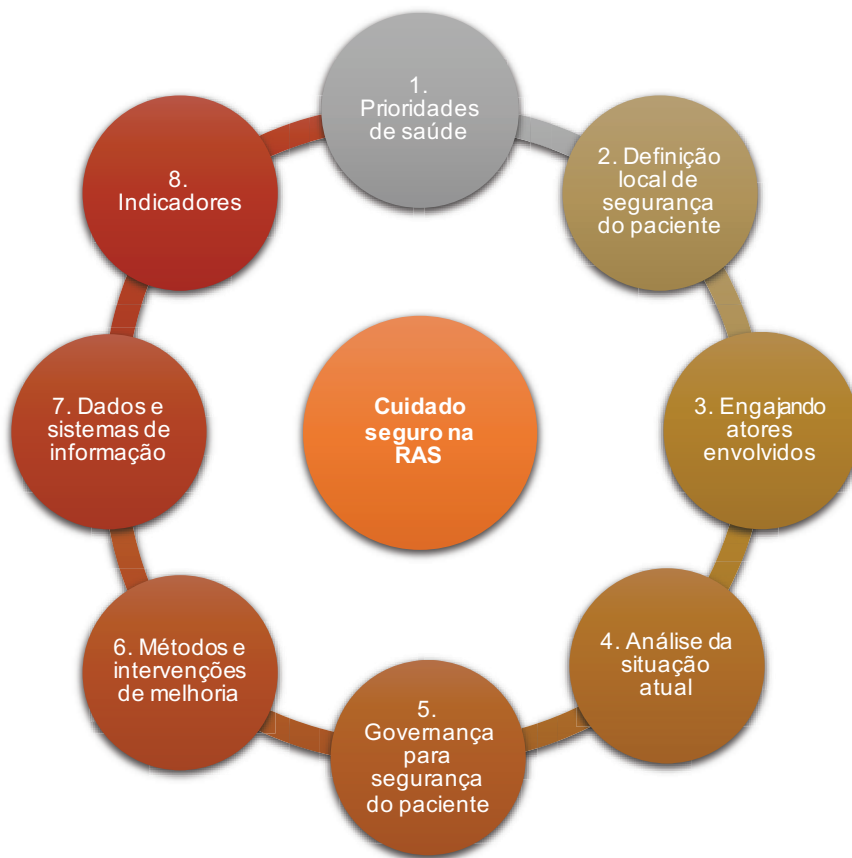
Esse manual contempla qualidade em todas as suas dimensões; e contém orientações sobre como desenvolver políticas e estratégias para melhoria da qualidade no cuidado em âmbito sistêmico. Todo o conteúdo relevante extraído do manual da OMS e de outras referências foi, sempre que necessário, traduzido e adaptado ao contexto do projeto, das RAS e do SUS.

2. MODELO LÓGICO PARA PENSAR AS DIRETRIZES

O manual da OMS apresenta uma sequência lógica para pensar a elaboração de políticas e estratégias para a qualidade do cuidado em âmbito sistêmico, contemplando uma série de etapas críticas a serem seguidas com vistas ao desenvolvimento de políticas e estratégias que sejam efetivas em impactar positivamente os sistemas, e condizentes com a realidade.

Essa sequência lógica foi adaptada ao contexto deste projeto e está representada na figura abaixo. Ela funciona como um guia de embasamento ao grupo condutor para que desenvolva seu trabalho.

FIGURA 7 **Modelo lógico para elaboração de diretrizes para segurança do paciente em âmbito de RAS**



n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DE MATERIAL TRADUZIDO E ADAPTADO DE OMS¹.

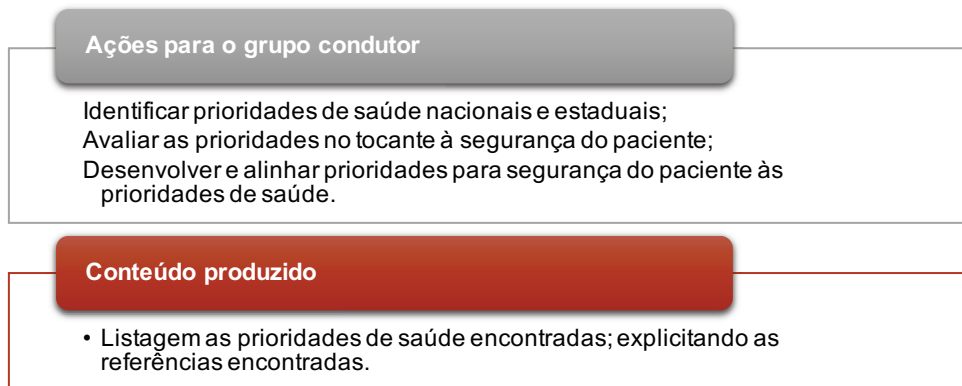
A seguir, será apresentado cada um dos passos que compõem a sequência com uma breve descrição de seu escopo, sugestão de ação para o grupo condutor do projeto e de conteúdo a ser produzido para inserção no PES ou em outros documentos pertinentes. Cabe ressaltar que as sugestões de ação para o grupo condutor e de conteúdo a ser inserido no PES não são exaustivas nem prescritivas. Elas representam apenas sugestões gerais e podem requerer complementações e adaptações conforme contexto. Os tópicos abaixo representam uma tradução e adaptação do conteúdo do manual da OMS anteriormente citado.

2.1 PRIORIDADES DE SAÚDE

É comum, durante os processos de planejamento estratégico, a identificação de prioridades que nortearão a alocação de recursos para atender às demandas e necessidades de saúde mais prementes da população. A identificação dessas prioridades é, portanto, um passo crucial no desenvolvimento das diretrizes para segurança do paciente; garantindo assim o alinhamento à estratégia mais ampla e a transversalidade das ações em todos os níveis da RAS. Deve-se considerar não apenas as necessidades da população, mas também a capacidade da RAS, entre outros.

Esse exercício permite identificar pontos de atenção que possam ameaçar o alcance das prioridades de saúde. É interessante também ampliar seu escopo, explorando a razão pela qual determinadas prioridades e objetivos foram escolhidos e qual impacto potencial isso possa ter na RAS.

FIGURA 8 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação às prioridades de saúde**



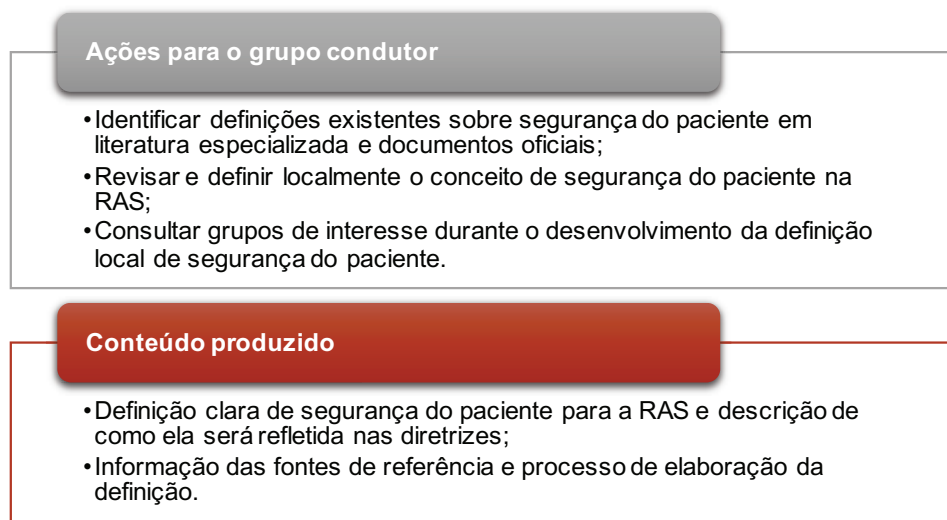
FONTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

2.2 DEFINIÇÃO LOCAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do paciente é geralmente definida, conforme taxonomia da OMS, como sendo a “redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”^{2,3}, mas pode haver outras definições possíveis.

No processo de desenvolvimento de diretrizes para segurança do paciente, é importante tornar claro qual definição está sendo utilizada e adaptá-la para o contexto local. Dessa forma, garante-se o entendimento comum, o uso de linguagem apropriada, e abre-se um diálogo com os principais atores envolvidos ao convidá-los para participar dessa definição. É uma forma de apropriação local do entendimento do que realmente significa “segurança do paciente” para a RAS de determinado estado. Uma pergunta que pode ajudar na contextualização e apropriação da definição tradicional é: o cuidado prestado pelos diversos níveis da RAS é o mais seguro possível, e ações são tomadas para evitar danos desnecessários?

FIGURA 9 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação à definição local de segurança do paciente**



FONTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

2.3 ENGAJAMENTO DE ATORES ENVOLVIDOS/GRUPOS DE INTERESSE (STAKEHOLDERS)

A segurança do paciente deve estar presente e ser uma prioridade de todos os níveis, categorias profissionais e hierarquias da RAS. Portanto, o processo de desenvolvimento das diretrizes para segurança do paciente deve ser colaborativo e inclusivo.

Apesar da liderança do grupo condutor, é importante garantir um amplo engajamento e representatividade nesse processo. Um cuidadoso mapeamento e engajamento dos diferentes atores envolvidos tem potencial para aumentar o comprometimento com as diretrizes, reduzir resistências à sua implementação e, simplesmente, garantir que reflitam as diferentes realidades do sistema.

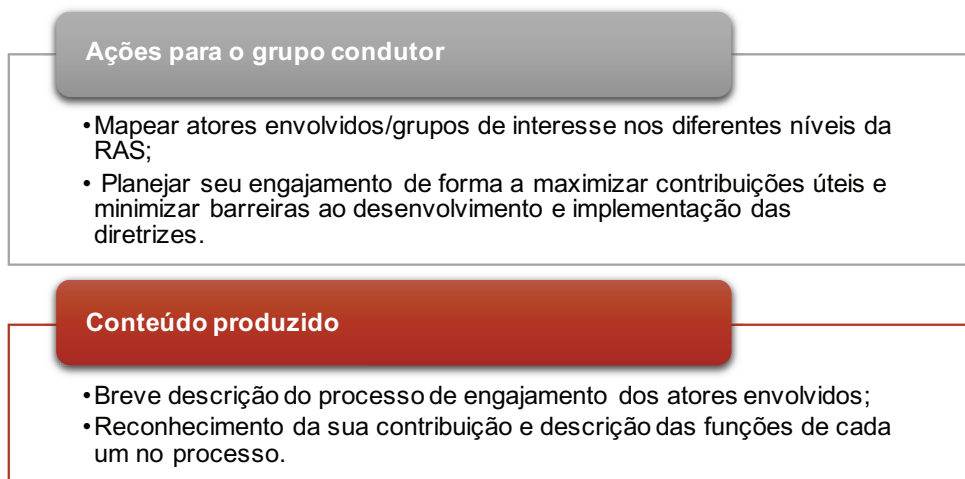
O manual da OMS¹ apresenta algumas questões que podem auxiliar na identificação dos atores envolvidos a serem implicados nesse processo, reproduzidos e adaptados abaixo:

- Quem é responsável pela segurança do paciente em cada nível da RAS?
- Quem e/ou quais fatores influencia(m) a segurança do paciente nos diferentes níveis das RAS?
- Quais são os fatores críticos para alcance de melhores resultados de saúde e quem os controla?
- Quais grupos serão promotores e quais serão detratores das diretrizes de segurança do paciente?
- Quais são as principais organizações responsáveis pela prestação de cuidados de saúde?
- Quais organizações ou grupos de indivíduos/profissionais apoiam a SES no desenvolvimento de planos estratégicos?

Os atores envolvidos podem contemplar, entre outros: representantes do governo e agências reguladoras, sociedades profissionais, prestadores de cuidado, organizações da sociedade civil, comunidade etc. O processo para engajamento pode incluir, entre outras coisas, entrevistas, reuniões, grupos de trabalho, solicitações de *feedback*. É importante envolver e dar voz aos profissionais da linha de frente, aqueles que prestam cuidado direto ao paciente. Incluí-los ativamente nesse processo pode ajudar a superar a disparidade geralmente existente entre a realidade daqueles na linha de frente do cuidado e daqueles em posições estratégicas e de gestão. O engajamento do paciente, familiar e da comunidade merece destaque quanto à sua importância para o desenho de intervenções centradas nos usuários, respeitosas a seus valores e responsivas a suas necessidades.

FIGURA 10 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação ao engajamento de atores envolvidos/grupos de interesse**

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023



FONTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

2.4 ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL

A análise da situação atual é um dos primeiros passos no desenvolvimento de diretrizes para segurança do paciente. Uma análise bem conduzida tem o potencial de permitir uma melhor compreensão do estado atual da segurança do paciente nos diferentes níveis da RAS. Ela permite identificar prioridades e desafios, recursos disponíveis para aprimorar a segurança do paciente e lições aprendidas com programas anteriores.

Em última instância, a análise situacional identifica a disparidade entre as necessidades de saúde da população e a capacidade do sistema de prestar um cuidado seguro de forma confiável.

A condução de uma análise situacional é um processo que engloba uma série de etapas que incluem desde o engajamento de diferentes grupos de interesse, pesquisa e revisão de documentos históricos e atuais, até coleta e análise de dados, entre outros. Esse processo pode levar vários meses. De maneira geral, a análise situacional pode ser estruturada em torno de quatro etapas principais:

- Revisão de documentos relevantes: como, por exemplo, legislações, resoluções e diretrizes específicas ou não sobre segurança do paciente;
- Análise de dados sobre a segurança do paciente nos diferentes níveis da RAS: como, por exemplo, dados sobre eventos adversos, NSP implantados e adesão às práticas de segurança do paciente;
- Mapeamento dos recursos existentes na RAS para apoiar intervenções de segurança do paciente;
- Relatório de programas de melhoria da segurança paciente conduzidos no passado, ainda em andamento ou planejados para o futuro.

A análise situacional em relação ao estado atual da segurança do paciente não precisa ser conduzida de forma isolada. Em situações em que há limitação de recursos, é possível utilizar, como ponto de partida, análises situacionais realizadas para atividades correlatas; como, por exemplo, aquela realizada na elaboração do PES. A realização de uma análise situacional abrangente é o ideal, mas o importante a ter em mente é que as diretrizes devem ser embasadas em atender às necessidades identificadas e serem condizentes com os recursos disponíveis.

FIGURA 11 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação à análise da situação atual**

Ações para o grupo condutor

- Planejar a análise situacional;
- Coletar informações relevantes de múltiplas fontes (entrevistas, grupos focais, revisão de documentos relevantes, legislações, etc.) sobre estado atual, fatores contextuais e antecedentes históricos da segurança do paciente no estado;
- Identificar e engajar atores envolvidos e experts no tema;
- Analisar as informações coletadas em conjunto com os diferentes atores e experts, usando-as para embasar a identificação de prioridades, planos de monitoramento e estruturas organizacionais necessárias.

Conteúdo produzido

- Descrição do método utilizado para a análise situacional
- Consolidação dos principais achados
- Declaração de prioridades e área de intervenção/ação: diretrizes

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

FONTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

O **anexo IV** contém uma lista de perguntas para nortear o grupo condutor na elaboração da análise situacional.

2.5 GOVERNANÇA E ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Governança, liderança e capacidade técnica são aspectos importantes que devem ser considerados quando se pensa em qualidade do cuidado e, mais especificamente, em segurança do paciente. Há dois níveis de governança para segurança do paciente: um responsável pelo estabelecimento, promulgação e garantia de cumprimento das diretrizes; e outro responsável por seu desdobramento e efetivação na prática de modo que atinjam seu objetivo.

É fundamental compreender quais são as estruturas organizacionais disponíveis em âmbito de SES e de RAS que serão responsáveis por esse segundo tipo de governança; bem como definir claramente seus papéis e responsabilidades. As estruturas podem variar de estado para estado e con-

Anexo 4



bit.ly/3gYrMZq

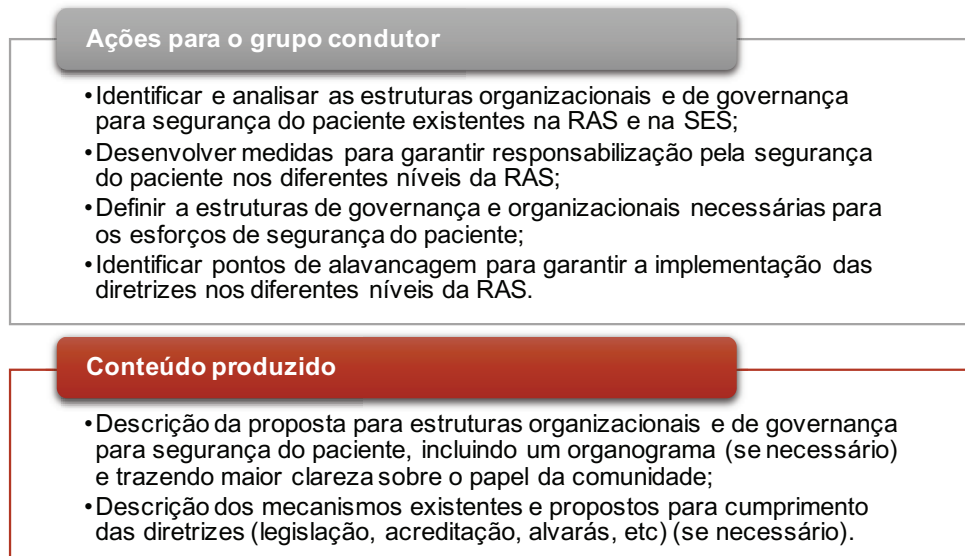
Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

forme o nível da RAS, mas, no geral, incluem: CTQCSP, comitês estaduais de segurança do paciente, NSP, departamentos de qualidade dos serviços de saúde, equipes de cuidado, entidades profissionais etc.

Alguns aspectos importantes a serem considerados no desenvolvimento da governança e das estruturas organizacionais são: o engajamento e o empoderamento precoce dos diversos atores envolvidos nos diferentes níveis da RAS, com vistas a aumentar as chances de uma implementação bem-sucedida; e a definição clara de canais de comunicação entre as diferentes estruturas responsáveis pela governança. Merece destaque também a responsabilidade do primeiro nível de governança em estabelecer quais serão os mecanismos e dispositivos utilizados para garantir o cumprimento das diretrizes.

O **anexo IV** contém uma série de perguntas que podem apoiar o grupo condutor na identificação das estruturas de governança e organizacionais existentes, e de possíveis lacunas.

FIGURA 12 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação à governança e às estruturas organizacionais para segurança do paciente**



FONTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

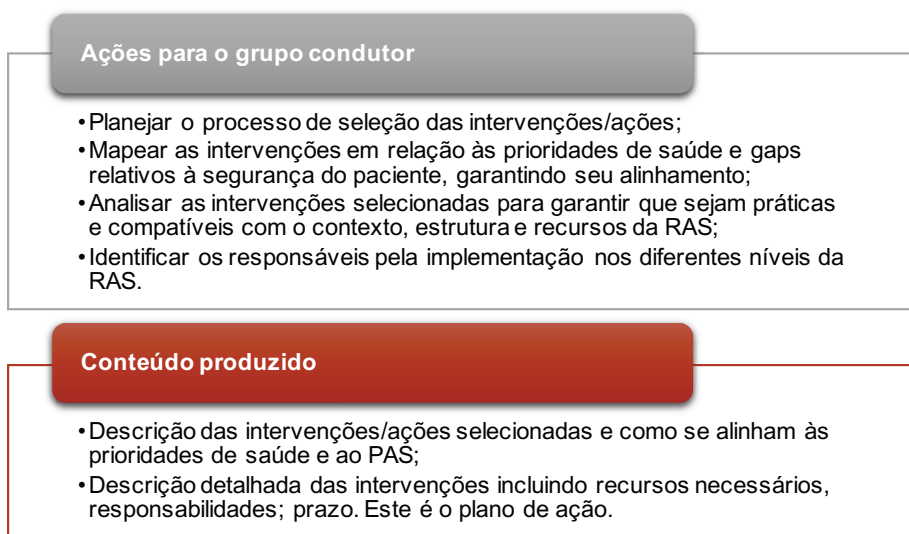
2.6 MÉTODOS E INTERVENÇÕES DE MELHORIA

A implantação efetiva das diretrizes e seu desdobramento nos diversos níveis da RAS requer a identificação de intervenções capazes de produzir a melhoria desejada na segurança do paciente, e de um método estruturado para sua implantação.

A seleção de intervenções capazes de impactar positivamente a segurança do paciente e os resultados de saúde da população podem ser uma tarefa desafiadora. O universo de intervenções possíveis é imenso, dificultando a escolha. Muitas vezes, a evidência acerca de seu impacto não está claramente disponível, ideologias e crenças podem se sobrepor às evidências, pode não haver recursos para sua implementação ou ainda haver resistência a elas. Vale ressaltar que não há uma intervenção única e infalível; a complexidade do problema da segurança do paciente e do sistema de saúde requer uma combinação de intervenções. Contexto, ambiente de cuidado, estrutura e recursos disponíveis são alguns dos fatores a ser considerados na seleção dessa combinação.

O **anexo V** contém um compilado de possíveis intervenções como foco em segurança do paciente em diferentes níveis da RAS.

FIGURA 13 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação aos métodos e às intervenções de melhoria**



FONTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

Anexo 5



bit.ly/2GpUjKR

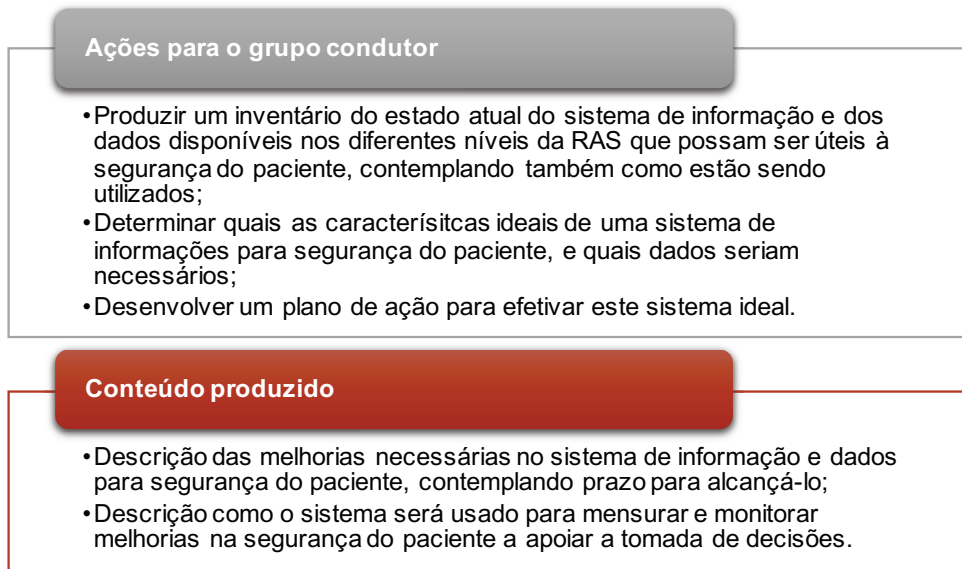
Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

2.7 DADOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Dados e sistemas de informação são um componente essencial para a melhoria do cuidado de saúde⁴. Se o objetivo é reduzir o dano causado à população atendida e tornar o cuidado mais seguro, é fundamental conhecer o desempenho atual em relação à segurança do paciente nos diferentes níveis da RAS. Quanto mais abrangente e profundo for esse conhecimento, melhor será nossa capacidade de propor ideias para melhorá-lo.

Dados são observações documentadas ou o resultado de um processo de medição que descrevem algum aspecto de um sistema⁵. Sua disponibilidade permite obter informações e conhecimento sobre o desempenho do sistema em questão. Dados podem ser usados com diferentes finalidades, como, por exemplo, para monitorar melhorias em um processo ou sistema, para julgamento ou responsabilização, ou ainda para produzir novo conhecimento generalizável⁶. Apesar da sua relevância, não é infrequente que as organizações e sistemas de saúde possuam sistemas de informação, dados e indicadores aquém do ideal. Todavia, por outro lado, há o suficiente para começar.

FIGURA 14 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação aos dados e aos sistemas de informação**



FONTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

Anexo 4



bit.ly/3gYrMZq

Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

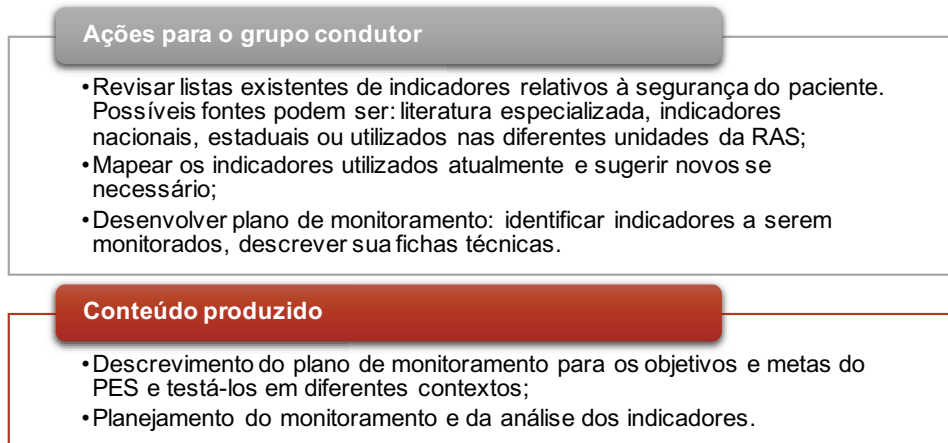
O **anexo IV** contém uma lista de perguntas para nortear o grupo condutor na avaliação dos dados e sistemas de informações disponíveis para segurança do paciente.

2.8 INDICADORES

O desenvolvimento de uma estratégia de medição (plano de monitoramento) composta por um conjunto de indicadores é fundamental para monitorar o progresso em relação ao objetivo maior de prestar um cuidado cada vez mais seguro. Ao acompanhar regularmente o progresso em relação ao alcance das diretrizes e objetivos estabelecidos no PES, será possível determinar se as intervenções identificadas estão sendo efetivas ou não. Sem medição, não é possível determinar se o cuidado prestado pela RAS está realmente se tornando mais seguro. Além de permitir o monitoramento em relação ao alcance do objetivo, os indicadores permitem ainda aprender sobre variações de desempenho nos diferentes processos/níveis do sistema, provêm *feedback* aos diferentes prestadores, aumentam a transparência e a responsabilização.

A identificação dos indicadores e da estratégia de medição a ser utilizada deve ser feito com cautela para que sejam efetivos e cumpram seu objetivo. Há diferentes abordagens para nortear seleção de indicadores. Eles podem ser selecionados com base nas dimensões da qualidade (no caso deste projeto, segurança do paciente); na organização do sistema de saúde ou na tríade estrutura/processo/resultado. Esse assunto será abordado com mais detalhes na próxima seção.

FIGURA 15 **Resumo das ações e conteúdo produzido pelo grupo condutor em relação aos dados e aos sistemas de informação**



FORNTE: TRADUZIDO E ADAPTADO PELA AUTORA A PARTIR DE OMS¹.

2.9 COLOCANDO TUDO EM PRÁTICA

O modelo lógico apresentado na seção anterior (ver figura 7) serve de embasamento teórico para a definição das diretrizes, objetivos e metas a serem inseridos no PES. É necessário, entretanto, garantir que eles estejam alinhados às prioridades definidas no mapa estratégico e no PES de cada estado. Com o intuito de garantir esse alinhamento, utilizaram-se, neste projeto, as mesmas etapas de execução do PES, conforme demonstrado na figura 16. Dessa forma, garante-se que o produto traduza de forma clara a estratégia a ser adotada, representando assim uma ponte que ajude o sistema a alcançar seu objetivo e suas prioridades de saúde.

FIGURA 16 **Visão geral das etapas para elaboração das diretrizes, objetivos e metas de segurança do paciente para inserção no PES 2020-2023**



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

Esta seção contém instruções sobre como elaborar as diretrizes, objetivos e metas para inserção no mapa estratégico e PES; e como elaborar um plano de ação. O grupo condutor do projeto nas SES deverá coordenar o desdobramento das diretrizes, objetivos e metas para os diferentes níveis da RAS. Caberá a cada nível específico o desenho de ações que se alinhem e desdobrem os objetivos.

O planejamento deve contemplar ações para segurança do paciente de curto, médio e longo prazo. Cabe ao grupo condutor definir operacionalmente esses prazos; por exemplo, ações de curto prazo podem ser concluídas em até um ano; de médio prazo, em 3-4 anos; e de longo prazo podem levar mais tempo. As intervenções de âmbito sistêmico e organizacional geralmente são consideradas como de médio a longo prazo; ao passo que as intervenções em âmbito de microssistema podem, muitas vezes, ser concluídas em prazos menores. O **anexo V** contém um compêndio de intervenções para os diferentes níveis do sistema de saúde.

Anexo 5



bit.ly/2GpUjKR

Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

FIGURA 17 **Definição de microssistema**

Microssistemas são os blocos construtores essenciais de uma organização de saúde; e a qualidade do cuidado por ela prestado não pode ser melhor do que a qualidade entregue por estes diferentes microssistemas.

FONTE: TRADUÇÃO DA AUTORA DE NELSON ET AL.⁷.

A declaração explícita das diretrizes, objetivos e metas de segurança do paciente no PES proporciona a base para que os diferentes grupos de interesse nos diferentes níveis da RAS combinem seus esforços em prol daquilo que é necessário e prioritário para a prestação de um cuidado de saúde seguro para a população.

2.9.1 O diagnóstico da situação atual

O primeiro passo para a elaboração das diretrizes de segurança do paciente para inserção no mapa estratégico é o diagnóstico da situação atual, já amplamente discutido na seção anterior.

2.9.2 As diretrizes gerais para segurança do paciente

A seguir, procede-se à elaboração de diretrizes gerais, em âmbito macro para inserção no PES. Essas diretrizes são declarações que identificam, em âmbito de RAS, as prioridades para segurança do paciente. Deve-se tomar o cuidado para que as diretrizes estejam alinhadas às prioridades contidas no PES e sejam condizentes com a estrutura e capacidade da RAS. Cada diretriz deverá ser associada a um ou mais objetivos.

O **anexo VI** contém algumas sugestões que podem apoiar a elaboração das diretrizes.

2.9.3 Os objetivos específicos e as metas

Os objetivos representam um desdobramento das diretrizes para os diferentes níveis da RAS. Os elementos principais de uma descrição de objetivo são resumidos no acrônimo SMART, do inglês S (*Specific*), M (*Measurable*), A (*Attainable*), R (*Relevant*) e T (*Timebound*). Em português, uma tradução possível é: específico (S), mensurável (M), alcançável (A), relevante (R) e com prazo determinado (T).

Uma maneira semelhante de descrever objetivo de forma tangível é certificar-se de que contemplem os seguintes elementos: O QUÊ se quer alcançar, PARA QUEM (população-alvo), EM QUANTO e QUANDO (prazo).

Uma vez estabelecidos os objetivos, é necessário identificar metas de curto, médio e longo prazo que se almeja alcançar. O grupo condutor de-

Anexo 6



bit.ly/3IjCTh6

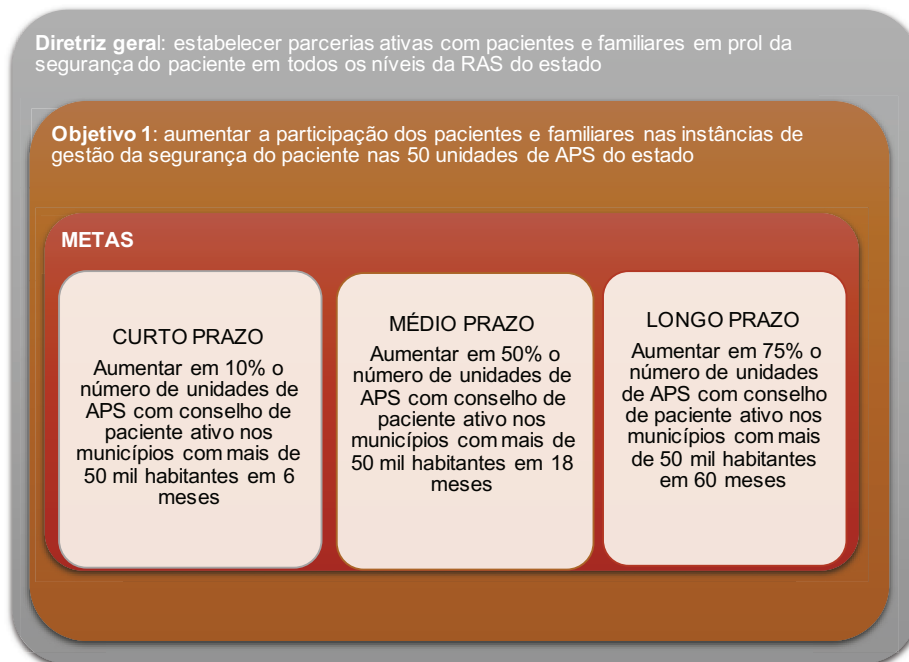
Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

verá estabelecer metas incrementais a serem alcançadas a cada prazo. É importante que as metas sejam ousadas, porém factíveis diante da realidade da RAS.

A figura 18 abaixo apresenta um exemplo hipotético de diretrizes, objetivos SMART e metas de segurança do paciente para inserção no PES.

FIGURA 18 **Exemplo hipotético ilustrando diretrizes gerais, objetivos específicos e metas de curto, médio e longo prazo**

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Uma vez estabelecidas as diretrizes, objetivos e metas, faz-se necessário desenvolver um plano operacional, detalhando aspectos práticos, recursos, responsabilidades e prazos. Esse plano será de grande valia na implementação da estratégia para segurança do paciente.

O manual da OMS¹ cita alguns tópicos a serem abordados pelo plano operacional:

- Definir por onde começar (ex.: localização geográfica), o nível da RAS e como disseminar a posteriori para toda a rede;
- Tarefas/ações que precisam ser realizadas;

- Em casos de limitação de recursos, definir mecanismo de priorização das tarefas/ações;
- Atribuir responsáveis pelas tarefas/ações e prazos;
- Determinar o quantitativo de recursos necessários para completar cada tarefa/ação;
- Identificar indicadores de desempenho que avaliem o sucesso do plano operacional.

2.9.4 Plano de monitoramento

O acompanhamento do progresso em relação ao alcance das metas estabelecidas para cada objetivo deve ser feito por meio de um plano de monitoramento. Este é geralmente composto por uma família de indicadores que são acompanhados regularmente.

O monitoramento apropriado e oportuno dos indicadores e, por consequência, do alcance dos objetivos e metas pactuados no PES permitirá identificar não apenas ações de destaque que mereçam ser promovidas, mas também desvios que necessitam ser corrigidos.

Aspectos conceituais acerca do plano de monitoramento serão apresentados com mais detalhes no próximo capítulo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety v 1.1.: final technical report and technical annexes [internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [acesso em 2020 fev. 23]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
3. Proqualis. Aula sobre Taxonomia de Segurança do Paciente [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; [acesso em 2019 jul. 13]. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>
4. Shekelle P, Lim YW, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. London: Health Foundation; 2008.
5. Provost L, Murray S. The Healthcare Data Guide: Learning from data for improvement. Jossey-Bass, San Francisco; 2011.

6. Solberg L, Mosser G, McDonald S. The three faces of performance measurement: Improvement, accountability and research. *Jt Comm J Qual Improv.* 1997;23(3):135-147.

7. Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Mohr JJ, Godfrey MM, Headrick LA, et al. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *Jt Comm J Qual Improv.* 2002 Sep;28(9):472-93.

n. 34

*Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*

CAPÍTULO 3
A ABORDAGEM
PARA MELHORIA
DA QUALIDADE

1. PRINCÍPIOS GERAIS DA MELHORIA DA QUALIDADE

Há várias definições na literatura para melhoria da qualidade no cuidado de saúde, dentre elas, destacam-se duas.

A primeira cunhada por Ovretveit¹:

Melhoria da qualidade no cuidado de saúde são melhores resultados e melhor experiência do paciente com o cuidado atingidos devido a uma mudança no comportamento dos prestadores de cuidado e da organização pela aplicação de métodos para mudança e estratégias sistemáticos.

E a segunda, por Batalden e Davidoff²:

Nós propomos defini-la [melhoria da qualidade] como os esforços combinados e incessantes de todos — profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, pesquisadores, pagadores, planejadores e educadores — na promoção de mudanças que levarão a melhores resultados para os pacientes (saúde), a um melhor desempenho do sistema (cuidado) e a um melhor desenvolvimento profissional.

Merece destaque, em ambas as definições, mas claramente expresso por Ovretveit¹, o fato de que a melhoria não ocorre ao acaso, e, sim, “pela aplicação de métodos para mudança e estratégias sistemáticos”. Em outras palavras, a melhoria é resultante de mudanças realizadas de forma intencional e que têm impacto positivo, relevante e sustentável nos indicadores de um processo/sistema.

Ainda sobre a realização de melhorias, Langley *et al.*³ descrevem cinco princípios básicos:

1. Saber por que você precisa melhorar;
2. Ter um mecanismo de *feedback* para determinar se a melhoria está ocorrendo;
3. Desenvolver uma mudança efetiva que resultará em melhoria;
4. Testar a mudança antes de iniciar a implementação;
5. Saber quando tornar a mudança permanente. (Implementar a mudança).

Há diferentes abordagens descritas na literatura e frequentemente utilizadas para realização de melhorias, alguns exemplos incluem Modelo de Melhoria, Pensamento Lean e Seis Sigma^{1,3}. Cabe a uma organização escolher a que melhor se adeque a suas necessidades e contexto, e usá-la de forma consistente. A adoção consistente de uma abordagem comum que tem potencial para aumentar a eficácia e a efetividade das mudanças e do aprendizado advindo delas.

A seguir, será descrita uma abordagem possível, o Modelo de Melhoria, conforme descrito por Langley *et al.*³.

1.1 MODELO DE MELHORIA³

O Modelo de Melhoria é uma ferramenta simples, porém robusta, que permite a aplicação na prática dos cinco princípios da melhoria, e que tem sido amplamente utilizado em várias indústrias, inclusive na saúde.

Trata-se de ferramenta aplicável tanto a projetos de pequeno porte quanto aos que envolvem sistemas grandes e complexos; que provê um referencial para desenvolver, testar e implementar mudanças que resultam em melhoria. Ele aplica-se a todos os tipos de organizações, grupos e níveis profissionais; promove o trabalho em equipe; fornece uma base para a aplicação de ferramentas estatísticas, empodera os profissionais na organização a agir, encoraja o planejamento baseado em teoria e o aprendizado iterativo⁴.

O Modelo de Melhoria é composto por três perguntas-chave e por um ciclo de aprendizado e melhoria, o ciclo PDSA (*Plan-Do-Study-Act*). As perguntas podem ser respondidas em qualquer ordem. A figura 19 apresenta um diagrama esquemático do Modelo de Melhoria conforme idealizado por Langley *et al.*³.

FIGURA 19 Diagrama esquemático do Modelo de Melhoria



FONTE: LANGLEY ET AL.³.

As seções a seguir detalham o Modelo de Melhoria, conforme explicado pelos mesmos autores³.

1.1.1 O que estamos tentando realizar?

A primeira pergunta define o objetivo de um esforço de melhoria. Boas declarações de objetivo são concisas, claras e orientadas ao resultado; devendo estar alinhadas aos objetivos maiores da organização.

De forma geral, as declarações de objetivo contêm as seguintes informações: o sistema a ser melhorado, o que é esperado que aconteça, para quem (população-alvo), quanto (meta) e quando (prazo). Um exemplo hipotético de declaração de objetivo pode ser: reduzir de 60 para 30 dias o tempo de espera para agendamento de primeira consulta com cardiologista para os pacientes atendidos nas unidades de AAE do município A até dezembro de 2020.

A seleção de metas numéricas para um objetivo ajuda a defini-lo, a focar os esforços de medição, a comunicar as expectativas e a estimular desejo pela mudança. Entretanto, essa seleção deve ser feita com cautela para

que não seja abusiva e cause impactos indesejados, como, por exemplo, a distorção do sistema de medição ou ainda a responsabilização das pessoas por metas que não são capazes de alcançar.

É necessário, portanto, bom senso na identificação de metas numéricas, e conectar o objetivo ao método a ser utilizado para atingi-lo. Ao estabelecer uma meta numérica, é útil identificar e prover os recursos necessários para atingi-la, realizar *benchmarking* com outras organizações que atingiram metas semelhantes, desenvolver ideias básicas que apoiem o alcance dessa meta e perguntar aos especialistas o que é factível.

1.1.2 Como saber se uma mudança é uma melhoria?

A segunda pergunta trata dos indicadores. Segundo Langley *et al.*³, “toda melhoria requer mudança, mas nem toda mudança é uma melhoria”. Nesse sentido, é preciso ter um mecanismo para determinar se as mudanças realizadas estão, com efeito, resultando em melhorias.

Esse mecanismo é o estabelecimento de um conjunto de indicadores, que englobe indicadores de resultado, processo e equilíbrio, e que seja monitorado e analisado ao longo do tempo. O principal objetivo desse monitoramento para melhoria é o aprendizado. Os componentes desse conjunto de indicadores estão sucintamente descritos na figura 20.

FIGURA 20 **Tipos de indicadores**

Resultado	<p>Refletem o desempenho do sistema/processo em foco (saída do processo)</p> <hr/> <p>Diretamente relacionados com o objetivo. Informam se mudanças estão tendo impacto no sistema/processo</p> <hr/> <p>Representam a voz do consumidor/do paciente. Qual o desempenho do sistema? E o resultado?</p> <hr/> <p>Ex.: taxa de internação por condições sensíveis à APS</p>
Processo	<p>Determinam se uma atividade foi realizada (etapas do processo)</p> <hr/> <p>Reflete a voz do processo. Os passos do processo estão ocorrendo conforme planejado?</p> <hr/> <p>Logicamente conectados ao resultado</p> <hr/> <p>Geralmente demonstram melhoria antes do indicador de resultado</p> <hr/> <p>Ex.: % ambulâncias do SAMU em manutenção</p>
Equilíbrio	<p>Observa diferentes aspectos do sistema em busca de efeitos inesperados (bons ou ruins) decorrentes das mudanças</p> <hr/> <p>O que ocorreu em outras partes do sistema quando melhoramos os indicadores de processo e resultado?</p> <hr/> <p>Alguns exemplos: custos, satisfação de pacientes ou colaboradores, produtividade, pontualidade</p>

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM CONTEÚDO DE LANGLEY *ET AL.*³ E PROVOST E MURRAY⁴.

Os indicadores devem, preferencialmente, ser comunicados utilizando ferramentas que mostrem sua evolução ao longo do tempo, como, por exemplo, os gráficos de série temporal e gráficos de controle estatístico de processos. Dessa forma, é possível avaliar e aprender se as mudanças realizadas estão, verdadeiramente, produzindo melhorias.

1.1.3 Que mudanças podemos fazer que resultarão em melhoria?

A terceira pergunta traz as mudanças que serão feitas no processo a fim de melhorá-lo. Muitas vezes, há conhecimento prévio acerca das mudanças necessárias, porém, não há um contexto favorável para fazê-las acontecer. Em outras ocasiões, simplesmente não se sabe quais são necessárias; e as pessoas acabam recorrendo a formas menos efetivas de desenvolver

mudanças, como usar “mais do mesmo” (mais pessoas, mais recursos, mais inspeção etc.) ou tentar desenvolver “a mudança perfeita”.

Mudanças que geralmente resultam em melhoria são aquelas que promovem alterações fundamentais em um sistema/processo (alteram a forma como o trabalho é feito) impactando positivamente os resultados, de forma visível e duradoura. O desenvolvimento de mudanças para um esforço de melhoria deve considerar dois tipos de mudanças possíveis: reativas (aquelas que mantêm o sistema funcionando em seu nível atual de desempenho); e fundamentais (aquelas necessárias para melhorar ou criar um sistema/processo).

A figura 21 descreve as características dos dois tipos de mudanças conforme o Langley *et al.*³:

FIGURA 21 **Diferenças entre mudanças reativas e fundamentais**

Mudanças reativas:

- Realizadas de forma rotineira para resolver problemas/reagir a circunstâncias especiais;
- Retornam o sistema ao desempenho anterior;
- Impacto imediato ou no futuro próximo.

Mudanças fundamentais

- Resultantes do desenho ou redesenho do sistema/processo (parte ou todo);
- Necessárias para melhorar um sistema que não está cheio de problemas;
- Alteram fundamentalmente a maneira como o sistema funciona e como o trabalho é feito;
- Podem melhorar vários indicadores ao mesmo tempo;
- Impacto sentido no longo prazo.

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM CONTEÚDO DE LANGLEY *ET AL.*³.

A maioria dos esforços de melhoria requer mudanças fundamentais. Há algumas estratégias possíveis para o desenvolvimento desse tipo de mudanças; Langley *et al.*³ identificam cinco: pensamento lógico sobre o sistema atual, *benchmarking*, uso de tecnologia, pensamento criativo e conceitos de mudança. Detalhes sobre cada um deles podem ser encontrados na referência supracitada.

1.1.4 O ciclo PDSA

O ciclo PDSA (*Plan-Do-Study-Act*) é uma ferramenta capaz de “transformar ideias em ação e conectar a ação com a aprendizagem”³, o qual complementa o Modelo de Melhoria apoiando as equipes no desenvolvimento, testagem e implementação de mudanças. Geralmente, utiliza-se o acrônimo em inglês, mas uma tradução possível é: *plan*-planejar, *do*-fazer, *study*-estudar/analisar, *act*-agir.

O ciclo PDSA tem início com o planejamento (*plan*) de um teste e se encerra com as ações (*act*) adotadas com base no que foi aprendido nas fases realizar o teste (*do*) e analisar os resultados (*study*).

Os principais usos do ciclo PDSA em esforços de melhorias são: construir conhecimento para responder às questões do Modelo de Melhoria, testar mudanças e implementar mudanças. No entanto, os ciclos podem ser utilizados ainda para coleta de dados e desenvolvimento de mudanças.

A figura abaixo apresenta os principais elementos do ciclo PDSA conforme Langley *et al.*³ e Provost e Murray⁴.

FIGURA 22 Elementos do ciclo PDSA



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM CONTEÚDO DE LANGLEY *ET AL.*³ E PROVOST E MURRAY⁴.

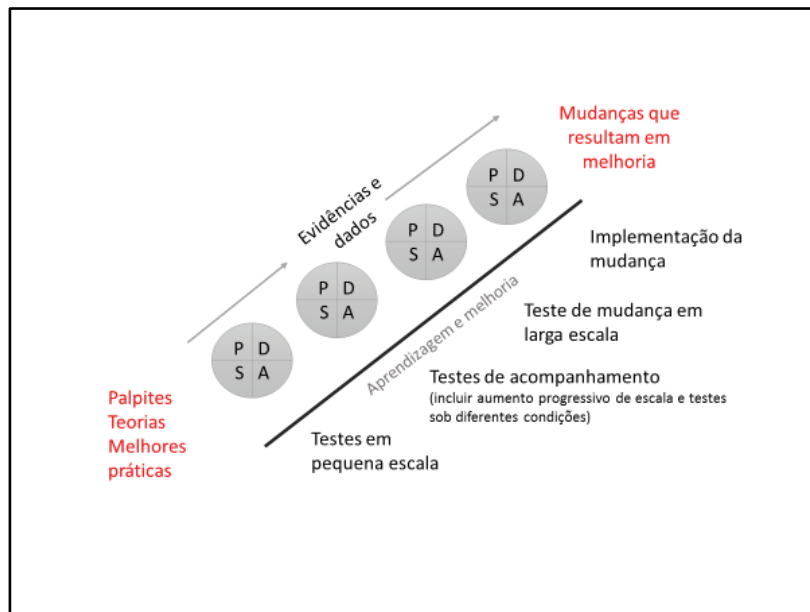
A construção do conhecimento advinda do ciclo PDSA resulta de um processo iterativo de desenvolver uma teoria, realizar previsões com base na teoria, testá-la usando dados e refinar a teoria com base nos resultados; realizar novas previsões, testá-las e assim por diante. Inicialmente, os ciclos são conduzidos em pequena escala, mas conforme acumula-se conhecimento e convicção de que a mudança é uma melhoria, a escala do teste aumenta gradativamente, bem como seu escopo.

Langley et al.³ descrevem três princípios básicos para testar uma mudança:

- Testar em pequena escala para construção sequencial do conhecimento;
- Coletar os dados ao longo do tempo;
- Incluir uma ampla variedade de condições na sequência dos testes.

A figura 23, baseada em Langley et al.³ e Provost e Murray⁴, apresenta a aplicação prática desses princípios.

FIGURA 23 **Construção de conhecimento por meio dos ciclos PDSA: dos testes à implementação**



FONTE: LANGLEY ET AL.³ E PROVOST E MURRAY⁴.

A utilização dos ciclos PDSA para construção de conhecimento e aumento do grau de convicção de que uma mudança é capaz de resultar em melhoria requer disciplina. Muitas vezes, o benefício da utilização desses ciclos não é plenamente realizado, pois as equipes não investem tempo na realização de suas teorias e previsões, parte fundamental do planejamento do teste (*plan*), e partem direto para a ação (*do*), enfraquecendo assim o potencial de aprendizado.

2. ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE MONITORAMENTO

Melhorar o resultado de sistemas e processos requer mudanças, mas nem toda mudança é uma melhoria. Portanto, é necessário ter alguma forma de *feedback* para saber se as mudanças realizadas estão, de fato, resultando em melhoria. Aprimorar os processos de cuidado de saúde pode ser difícil se não houver algum mecanismo de monitoramento para identificar se as ações implementadas surtiram o efeito esperado ou não.

A seguir, serão apresentados aspectos conceituais relevantes sobre a execução de um plano de monitoramento das ações de segurança do paciente, a avaliação do resultado desse plano e uma abordagem para desenvolvimento de ações/tratamento sempre que necessário.

O plano de monitoramento é o instrumento utilizado pelas equipes das SES para acompanhar se os objetivos para a segurança do paciente inseridos no PES 2020-2023 estão sendo alcançados. A elaboração de um plano de monitoramento robusto requer a observação de algumas etapas demonstradas graficamente na figura 24 e que serão detalhadas a seguir:

FIGURA 24 **Etapas para elaboração de um plano de monitoramento**



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM CONTEÚDO DE AULA SOBRE MEDIDAS E INDICADORES DO PROQUALIS⁵.

2.1 OBJETIVO

O primeiro passo no desenvolvimento de um plano de monitoramento é identificar qual o seu objetivo: por que se deseja monitorar as ações operacionais para segurança do paciente?

Soldberg *et al.*⁶ publicaram um artigo descrevendo três possíveis objetivos do monitoramento do desempenho e suas nuances: identificação de melhoria (aprendizado), responsabilização/julgamento e pesquisa. Cada um deles está brevemente descrito no texto abaixo. Identificar o objetivo do monitoramento é importante, pois ele influenciará na seleção dos indicadores, na coleta e na estratégia para análise, entre outros aspectos.

O quadro 5 apresenta um resumo dos diferentes tipos de monitoramento, no tocante ao objetivo e aos métodos utilizados.

QUADRO 5 **Quadro explicativo sobre os diferentes tipos de monitoramento de indicadores**

ASPECTO	MELHORIA	RESPONSABILIZAÇÃO/ JULGAMENTO	PESQUISA
Objetivo	Melhoria de sistemas, processos e resultados do cuidado	Julgamento, responsabilização, seleção, incentivo à mudança	Produção de novo conhecimento generalizável
Métodos: Observabilidade do Teste	Teste observável	Sem teste, avalia o desempenho atual	Teste cego ou controlado
Viés	Aceita viés consistente	Mede e ajusta para reduzir o viés	Desenhado para eliminar viés
Tamanho da Amostra	Dados “suficientes”, pequena amostra sequencial	Obtém 100% dos dados relevantes disponíveis	Dados “ <i>just in case</i> ” (se necessário)
Flexibilidade de Hipóteses	Hipótese flexível, muda conforme a aprendizagem acontece	Não há hipótese	Hipótese fixa
Estratégia de Teste	Testes sequenciais	Não há testes	Um grande teste
Determinar se uma mudança é uma melhoria	Gráficos de tendência ou gráficos de controle de Shewhart	Não há foco sobre a mudança	Teste de hipótese (t-teste, F-teste, chi quadrado), Valor de p
Confidencialidade dos dados	Os dados são usados apenas por aqueles envolvidos com a melhoria	Dados disponíveis para consumo público	A identidade dos sujeitos da pesquisa é protegida

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM CONTEÚDO TRADUZIDO PELA AUTORA DE SOLDBERG *ET AL.*⁶ APUD PROVOST E MURRAY⁴.

2.1.1 Melhoria⁴

Dados e indicadores utilizados para melhoria são geralmente coletados por aqueles que trabalham no sistema de saúde com fins de observar o desempenho dos processos, obter ideias de melhoria, testar mudanças e averiguar se elas estão, de fato, produzindo melhorias sustentáveis.

É uma medição com foco em aprendizado em que se observam as mudanças e seu impacto conforme são testados e se ajusta caso os resultados não sejam esperados. As teorias e hipóteses são frequentemente ajustadas por meio de pequenos testes de mudança e, assim, o conhecimento sobre aquilo que funciona, ou não, é refinado quase em tempo real. Viés consistente é aceito.

O quadro 6 contém aspectos norteadores da elaboração de um plano de monitoramento cujo foco é a melhoria. Ele é uma tradução livre de figura correspondente encontrada em Provost e Murray⁴.

QUADRO 6 **Aspectos úteis da medição para melhoria**

ASPECTO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO
Alta prioridade para maximizar a saúde da população	Indicadores abordam processos ou resultados estrategicamente relevantes para maximizar a saúde da população. Condições definidas por alta prevalência, incidência, mortalidade ou morbidade
Variação no cuidado e gap entre evidência e prática estão presentes	Os indicadores abordam aspectos do processo de cuidado em que há gap conhecido entre a evidência e a prática corrente, e quantificam o potencial de melhoria. Demonstram progresso na qualidade do cuidado e reduzem o gap.
Baseado em recomendações clínicas	Indicadores de processo: evidência de que os indicadores de processo melhoram os resultados do cuidado de saúde. Indicadores de resultado: evidência de mudanças que as organizações podem fazer para aprimorar o resultado do cuidado de saúde.
Significativo e passível de interpretação por vários usuários	As organizações de saúde podem utilizar esta informação para melhorar a qualidade do cuidado? O progresso nos indicadores é reportado de forma interpretável e significativa para linha de frente, consumidores, órgãos reguladores etc.
Especificações bem definidas	O indicador é definido operacionalmente: numerador, denominador, fonte de dados, método de coleta, método de medição
Variação útil nos dados	Os dados que compõem o indicador não são todos 0% ou 100%. A variação presente nos dados é útil para o aprendizado.

ASPECTO DO INDICADOR	DEFINIÇÃO
Factível	Os dados necessários estão disponíveis por registros eletrônicos e sua obtenção requer esforços factíveis. O custo da coleta e notificação dos indicadores justifica-se pelo potencial de melhoria no cuidado e pelos resultados que advêm do ato da medição.
Aceitável para a população de pacientes	O indicador é aceitável e significativo para diversas populações.

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM TRADUÇÃO DE CONTEÚDO DE PROVOST E MURRAY⁴.

2.2.1 Avaliação/responsabilização/julgamento⁴

Outro objetivo possível é o uso de monitoramento para avaliação, responsabilização ou julgamento. Nesse caso, o foco é avaliar ou julgar o desempenho de uma organização, de um profissional ou de um grupo de profissionais. Não há foco em melhoria de processos, e nenhuma hipótese é testada; apenas se avalia ou julga o desempenho. Geralmente, utiliza-se 100% dos dados relevantes disponíveis, e não pequenas amostras. Esse tipo de dado é de mais difícil obtenção do que os dados para melhoria, pois leva em consideração ajustes para fatores como risco, severidade e *mix* de casos, entre outros.

Esses dados e indicadores são geralmente coletados para agentes reguladores, pagadores ou outros clientes externos à organização em questão. Como seu foco é avaliar, julgar e comparar, eles nem sempre são úteis para detectar melhorias. Alguns indicativos de que os dados e indicadores estão sendo usados para julgamento são a apresentação em forma de percentil, ajustes para *mix* de casos, resultados quase sempre como 0% ou 100% e a sua não observância ao longo do tempo.

2.3.1 Pesquisa clínica⁴

Por fim, há o monitoramento de dados e indicadores para fins de pesquisa clínica. Nessas situações, todos os esforços são dirigidos para identificar e controlar fontes importantes de viés que possam influenciar os resultados. Aspectos relativos à validade e à precisão são importantes. Nessa abordagem não é possível aprender sobre o impacto da mudança durante o teste, apenas depois, em decorrência dos desenhos dos estudos serem geralmente cegos.

Como o objetivo deste projeto é aprimorar a segurança do paciente nos diversos níveis da RAS, sugere-se que o plano de monitoramento adotado se alinhe preferencialmente aos preceitos do monitoramento para melhoria. Dessa forma, será possível detectar se as ações identificadas estão surtindo efeito em melhorar a segurança do paciente em todos os níveis da RAS.

2.2 SELEÇÃO DOS INDICADORES

Uma vez estabelecido o objetivo principal do plano de monitoramento, procede-se à etapa da seleção dos indicadores para compô-lo. Sistemas de saúde são muito complexos, portanto, faz-se necessário identificar um conjunto equilibrado de indicadores capazes de avaliar se as ações desenvolvidas estão, de fato, produzindo melhorias. Um único indicador é incapaz de representar a complexidade dinâmica entre as diferentes partes do sistema.

Em outras palavras, um bom plano de monitoramento requer a identificação de um conjunto equilibrado de indicadores, reportados e analisados regularmente com o intuito de aprender se houve melhoria nos processos em questão e se os objetivos e metas estão sendo atingidos. Preferencialmente, são utilizados indicadores que já estão sendo regularmente coletados e integrados à prática diária dos profissionais, em número não excessivo, reportados em gráficos anotados ao longo do tempo.

Há três tipos principais de indicadores que devem compor o plano de monitoramento com o intuito de identificar se houve ou não melhoria no processo em questão: indicadores de resultado, processo e equilíbrio, já discutidos anteriormente.

2.2.1 Alguns modelos conceituais interessantes

Abaixo estão descritos quatro modelos possíveis para nortear a seleção de indicadores para a monitoramento⁷. São eles: a tríade de Donabedian, as dimensões da qualidade, o nível de sistema de saúde/organização e condições específicas/grupos populacionais.

2.2.1.2 A tríade de Donabedian

Em 1966, Avedis Donabedian sugeriu uma abordagem para avaliar a qualidade do cuidado de saúde baseada em três pilares: estrutura, processo

e resultado. Esses pilares não são atributos da qualidade; mas informações a serem obtidas para avaliação/monitoramento do nível de qualidade⁸. Essa abordagem permanece em utilização até os dias de hoje.

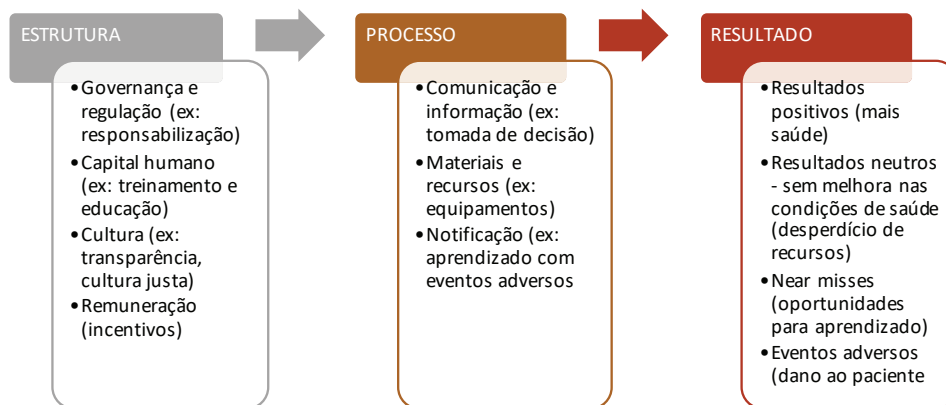
No modelo concebido por Donabedian, estrutura designa as condições sob as quais o cuidado de saúde é prestado. Essas incluem: recursos materiais (unidades de atendimento, equipamento), recursos humanos (número, qualificação, diversidade dos profissionais clínicos e de apoio), características organizacionais (estrutura do corpo médico e de enfermagem, dimensionamento de pessoal, avaliações de desempenho, métodos de remuneração, tipos de supervisão)⁸.

No pilar processos, estão incluídas as atividades que constituem o cuidado de saúde como diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente. Essas ações são geralmente desenvolvidas por profissionais de saúde, mas cuidadores, pacientes e família também contribuem⁸.

O pilar de resultados, por sua vez, considera as alterações (desejáveis ou não) resultando do cuidado nas condições de saúde dos indivíduos e populações. Estes podem incluir, entre outros: mudanças no estado de saúde, na literacia em saúde, no comportamento e na satisfação com o cuidado e seus resultados. Para Donabedian, a estrutura influencia o processo, que, por sua vez, influencia o resultado⁸.

Recentemente, um relatório da OCDE – *The Economics of Patient Safety* [A economia da segurança do paciente]⁹ – trouxe uma adaptação desse modelo à luz do problema da segurança do paciente. A figura 25 mostra uma tradução e adaptação desse material.

FIGURA 25 **Tríade de Donabedian à luz da segurança do paciente**



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM TRADUÇÃO DE CONTEÚDO DE SLAWORMIRSKI ET AL.⁹.

2.2.1.3 Dimensões da qualidade

Há sete dimensões que definem a qualidade no cuidado de saúde, são elas: segurança, eficiência, efetividade, equidade, oportunidade, centralidade na pessoa e, mais recentemente, integração. Indicadores relacionados com uma ou mais dessas dimensões podem ser selecionados. A definição operacional de cada dimensão está no **anexo I**.

2.2.1.4 Nível do sistema de saúde ou da organização

Se consideramos os elementos que compõem a RAS, os indicadores selecionados para compor a estratégia de monitoramento podem ser relativos à atenção primária, AAE, atenção hospitalar ou ainda aos processos logísticos e de apoio.

Outra abordagem possível é identificar indicadores que contemplam diferentes momentos do episódio do cuidado, desde ações de promoção de saúde até a palição. Ou ainda o nível de gestão: organização prestadora de cuidado de saúde, SES etc.

2.2.1.5 Condições específicas e/ou grupos populacionais

Neste grupo, estão incluídos indicadores que englobam causas relevantes de grande carga de doença, grupos vulneráveis ou prioridades de saúde.

Anexo I



bit.ly/2YVBV2Q

Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

2.3 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DOS INDICADORES

Conforme mencionado anteriormente, o principal objetivo da coleta de dados e indicadores é adquirir conhecimento sobre alguma coisa. No caso da medição com foco em melhoria, o principal objetivo é identificar se os processos em questão estão efetivamente melhorando. Para tanto, é necessário que os dados sejam coletados sempre da mesma maneira, independentemente de quem o faça. É necessário, portanto, haver consenso sobre o que será medido. A definição operacional faz exatamente isso.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

Definição operacional é a descrição em termos quantificáveis do que medir e dos passos a seguir para fazê-lo de forma consistente. Ela atribui sentido e tangibilidade a um conceito ao especificar sua aplicação em circunstâncias particulares. Uma boa definição operacional garante uniformidade na coleta dos dados, independentemente de quem o faça, instruindo de forma detalhada como a medida deve ser realizada e como o indicador deve ser calculado^{3,4}.

Langley *et al.*³ identificam dois elementos essenciais para uma boa definição operacional: um método de medição ou teste (qual equipamento/instrumento será utilizado, qual frequência, quantas casas decimais etc.) e um conjunto de critérios para julgamento/avaliação (exemplo: o que constitui um erro de medicação, uma queda etc.).

Há vários modelos de definição operacional de indicadores, muitas vezes denominado de “ficha técnica”. Minimamente, as definições deveriam conter os seguintes tópicos: nome do indicador, categoria (resultado, processo ou equilíbrio), descrição do numerador e do denominador, fórmula para cálculo do indicador, tamanho da amostra, frequência de coleta dos dados e guia ou plano de coleta dos dados (inclui critérios de inclusão e exclusão)⁵.

Exemplos de definições operacionais de indicadores para segurança do paciente podem ser encontrados na literatura, com destaques para aqueles no site do Proqualis^{5,10}.

2.4 PLANO DE COLETA DE DADOS

O plano de coleta de dados detalha o passo a passo para a coleta dos dados que irão compor os indicadores. Carey e Lloyd¹¹ identificam algu-

mas informações que devem estar presentes em um plano para coleta de dados, traduzidos, adaptados e sumarizados abaixo:

- Responsabilidade pela coleta dos dados: departamento, profissional etc.;
- Frequência (diária, semanal, mensal etc.) e duração da coleta de dados;
- Tamanho da amostra: 100% ou amostra:
 - o Como a amostra será selecionada?
 - o Qual o tamanho?
- Fonte de onde serão extraídos os dados: prontuário do paciente, sistema eletrônico, relatórios etc.;
- Instrumento para coleta dos dados (pesquisas, listas de verificação, formulários etc.);
- Qual o custo da coleta dos dados? Em termos de recurso financeiro, pessoal e/ou tempo;
- Quem terá acesso aos dados brutos? Como serão utilizados? Como a confidencialidade será protegida?
- Como os dados serão codificados, editados, verificados e analisados?
- A coleta de dados terá algum impacto negativo nos pacientes, familiares e/ou colaboradores?
- Como os dados serão apresentados? Quais gráficos serão utilizados e com qual frequência serão analisados? (Gráficos que mostram os dados ao longo do tempo, como os gráficos de série temporal ou os gráficos de controle estatístico de processo, são opções ideais quando o objetivo é detectar se houve ou não melhoria em um processo).

2.5 COLETA DE DADOS

Concluída a etapa de planejamento da estratégia de monitoramento, é hora de colocá-la em prática e coletar os dados. Cabe a ressalva de que é importante anotar desvios em relação ao plano inicial durante a coleta, para que sejam levados em consideração na análise.

O **anexo III** apresenta um modelo de formulário para desenvolvimento de indicadores com foco em melhoria.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

Anexo 3



bit.ly/31SEi8t

2.5.1 Análise/Avaliação

A análise ou avaliação dos indicadores coletados por meio do plano estabelecido para monitoramento é uma etapa crítica. Por intermédio da correta avaliação dos dados e indicadores, poderá se inferir se as ações desenvolvidas estão surtindo efeito em termos do alcance dos objetivos e metas estabelecidos no PES.

A periodicidade dessa avaliação das ações de segurança do paciente mais estratégicas, realizada em âmbito de SES, pode seguir a mesma periodicidade estabelecida para os demais indicadores do PES, potencializando assim o aprendizado. Outros indicadores, mais operacionais, podem requerer uma análise mais frequente.

2.5.1.1 A importância de compreender a variação

A variação está presente em tudo ao nosso redor. Tudo que observamos ou medimos apresenta variação, como, por exemplo, o tempo que levamos para chegar ao trabalho pela manhã, os milímetros de chuva por mês em determinado local, a temperatura ao longo de um dia etc.

Há variação presente também no desempenho dos processos e sistemas, e frequentemente precisamos tomar decisões com base nessa variação. Por exemplo: o gestor de uma unidade de AAE poderia se questionar se o aumento de absenteísmo de pacientes de um mês em relação ao outro significa uma tendência indesejável de aumento, e o que ele deveria fazer. O NSP de um hospital poderia se questionar se o aumento das notificações de eventos adversos observadas nas últimas semanas foi resultado das campanhas de conscientização que fizeram.

Nossa habilidade em compreender a variação nos ajuda a aprender a partir de padrões apresentados pelos dados, sendo fundamental para a realização de melhorias em processos/sistemas. Ela apresenta também o potencial para evitar a tomada de decisões errôneas, que poderiam piorar o desempenho de um processo e até desperdiçar recursos.

A representação gráfica dos dados ao longo do tempo é fundamental para a compreensão da variação, pois permite a identificação de duas situações: padrão de dados previsível e padrão de dados imprevisível³. Langley et al.³ afirmam que a teoria estatística auxilia na distinção entre essas duas

situações ao definir o padrão de variação ao longo do tempo em causas aleatórias (comuns) e causas não aleatórias (especiais), e as definem assim:

1. *Causas comuns* – são aquelas que são inerentes ao processo (ou ao sistema) ao longo do tempo, afetam todos os que trabalham no processo e todos os resultados deste processo.
2. *Causas especiais* – são aquelas que não são parte do processo (ou sistema) todo o tempo, ou não afetam todos, mas surgem devido a circunstâncias específicas.

Um processo que apresenta unicamente causas comuns de variação é um processo estável, portanto, previsível dentro de certos limites estatísticos. Porém, isso não significa que seu desempenho esteja satisfatório ou que a variação seja pequena. Melhorar um processo estável requer a realização de mudanças fundamentais. Por outro lado, um processo que apresenta causas comuns e especiais de variação é dito instável, ou seja, a variação de um período a outro não é previsível. A identificação e a remoção das causas especiais tornam o processo estável novamente.

Saber distinguir a variação de causa comum e de causa especial é uma habilidade útil a todos aqueles que trabalham com melhoria de processos e sistemas. A não compreensão da variação leva a dois possíveis erros, descritos por Langley *et al.*³:

- Erro 1: reagir a um resultado, como se viesse de uma causa especial, quando, na verdade, é resultante de causas comuns. Este erro pode levar a interferências indesejadas no sistema, pois o único jeito de promover melhorias seria alterá-lo fundamentalmente.
- Erro 2: reagir a um resultado como se viesse de causas comuns de variação, quando, na verdade, é decorrente de causas especiais, deixando passar a chance de solucionar um problema.

A estratégia de melhoria adotada difere conforme o tipo de variação existente em um processo/sistema. Quando o processo/sistema em questão está estável, melhorar seu desempenho requer: seu redesenho, identificação dos aspectos a serem mudados, utilização de ciclos PDSA para testar e implementar as mudanças. Por outro lado, quando o processo/sistema está instável, a melhoria requer identificar quando a causa especial ocorreu, analisá-la, aprender com ela e agir com base no aprendizado. As causas

especiais que tornam um sistema instável podem impactá-lo positivamente (devendo ser promovidas para que se tornem permanentes) ou negativamente (devendo ser removidas)⁴.

Shewhart, um dos pioneiros da teoria da variação, além dos conceitos básicos, elaborou também uma ferramenta para determinar se um processo/sistema apresenta causas comuns e/ou especiais de variação: os gráficos de controle estatístico de processo^{3,12}. O leitor que quiser se aprofundar no conhecimento dessa ferramenta poderá consultar Provost e Murray⁴ e Shewhart¹².

Uma alternativa ao gráfico de controle estatístico de processo é o gráfico de série temporal (também conhecido como gráfico de tendência). Apesar de ter uma complexidade matemática menor, o gráfico de série temporal permite grande aprendizado sobre o desempenho de um processo/sistema^{3,4}. Por sua simplicidade e grande utilidade, esse gráfico será descrito a seguir.

Outras ferramentas úteis para a compreensão da variação são os gráficos de frequência, que permitem a compreensão acerca da localização, distribuição e padrão dos dados; os gráficos de Pareto, úteis na identificação de áreas de maior impacto para focar os esforços de melhoria por meio da regra 80-20 (80% dos problemas são relacionados a 20% das categorias); os diagramas de dispersão que analisam a associação entre duas variáveis^{3,4}.

2.5.1.2 Gráfico de série temporal

O gráfico de série temporal é uma das ferramentas disponíveis para monitoramento de indicadores e análise de variação. Trata-se de ferramenta universal aplicável a praticamente qualquer projeto/situação, fácil de construir e de interpretar⁴.

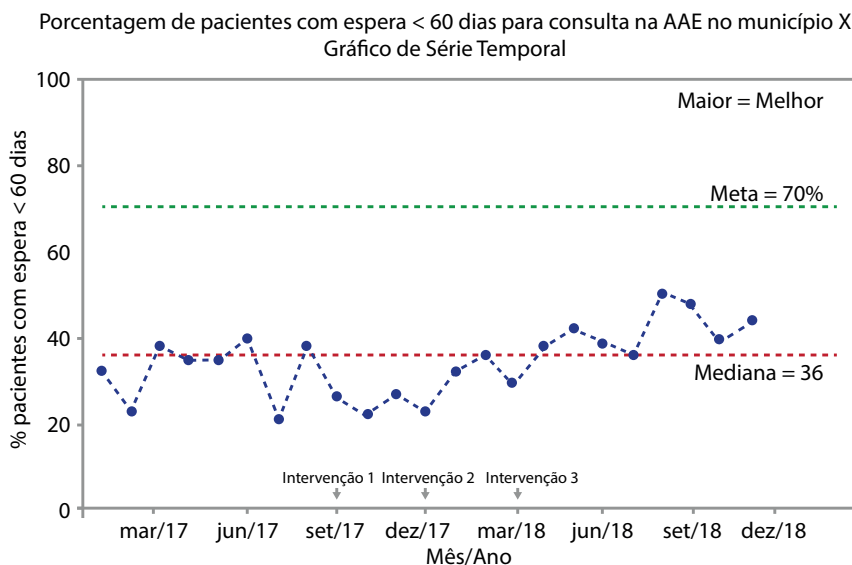
Ele nada mais é do que uma representação gráfica de dados plotados em alguma ordem, geralmente de tempo. Plotar os dados ao longo do tempo muda dramaticamente nossa compreensão sobre o processo, encorajando perguntas mais qualificadas e fortalecendo o aprendizado com os dados⁴. Algumas das vantagens da utilização do gráfico de série temporal são⁴:

1. Proporciona melhor comunicação e a compreensão da variação de desempenho de um indicador;

2. Confere visibilidade ao desempenho do processo/indicador ao mostrá-lo ao longo do tempo,
3. Ajuda a determinar se uma mudança é uma melhoria, e se ela é sustentável.

O gráfico 1 representa um exemplo hipotético de gráfico de série temporal com seus principais elementos.

GRÁFICO 1 Exemplo hipotético de gráfico de série temporal com seus principais elementos



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

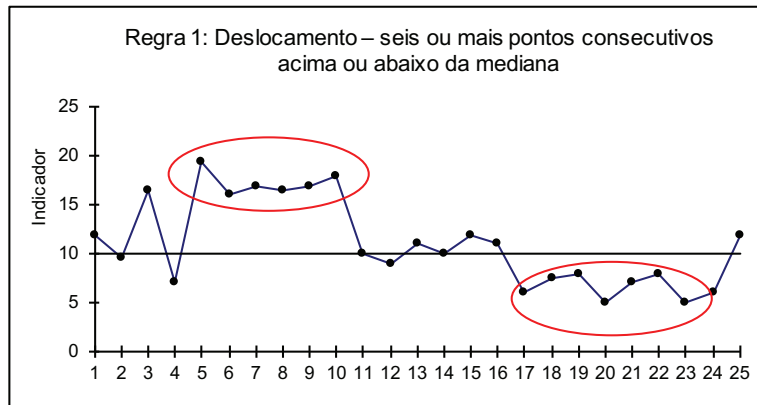
2.5.1.3 Regras para análise do gráfico de série temporal^{3,4}

O gráfico de série temporal permite o aprendizado e a detecção de mudanças no desempenho dos indicadores por meio da detecção de sinais de variação não aleatória. A seguir, serão apresentadas três regras para detecção desses sinais em gráficos de série temporal: deslocamento, tendência e ponto astronômico.

O gráfico 2 apresenta a regra intitulada deslocamento, em que o sinal de variação não aleatória é detectado quando se observam seis ou mais

pontos consecutivos acima ou abaixo da mediana. Não se deve contar pontos que caem exatamente na mediana, pule estes e continue a contagem.

GRÁFICO 2 **Gráfico de série temporal exemplificando a regra de deslocamento**

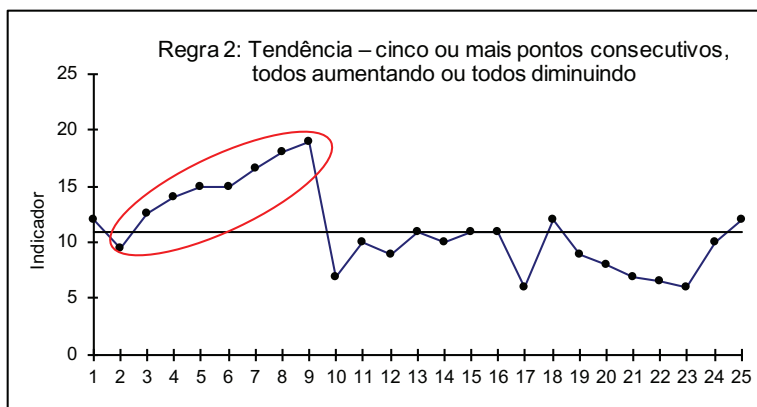


n. 34
Aprimoramento
da Gestão do
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

FONTE: PROVOST E MURRAY⁴.

O gráfico 3, por sua vez, demonstra a regra da tendência, em que o sinal de variação não aleatória é detectado a partir de, pelo menos, cinco pontos ascendentes ou descendentes, em sequência, não importando se cruzam a mediana. Se dois pontos estiverem exatamente no mesmo valor, eles contam como um.

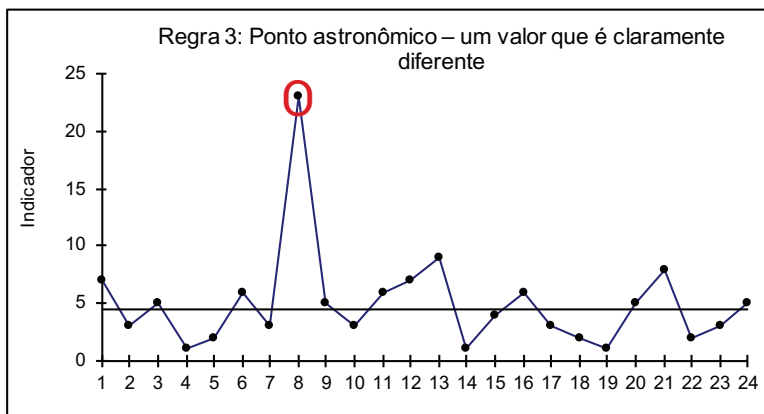
GRÁFICO 3 **Gráfico de série temporal exemplificando a regra de tendência**



FONTE: PROVOST E MURRAY⁴.

Por fim, o gráfico 4 demonstra a regra do ponto astronômico ou discrepante. Nessa regra, um ponto claramente muito alto ou muito baixo em relação aos demais denota uma possível variação não aleatória.

GRÁFICO 4 **Gráfico de série temporal exemplificando a regra do ponto astronômico**



FONTE: PROVOST E MURRAY⁴.

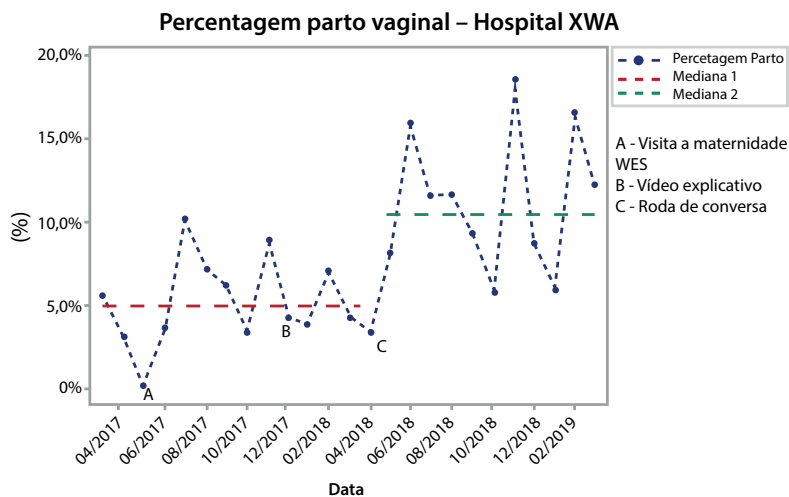
Há ainda uma quarta regra, porém, por ser mais complexa e necessitar de tabela específica, não será abordada aqui, mas pode ser encontrada em Provost e Murray⁴.

2.5.1.4 O que fazer se houver causas de variação não aleatória?

Se uma ou mais regras estiverem presentes, há indícios de variação não aleatória. Nesse caso, sugere-se o seguinte:

- Coletar mais dados e monitorar o desempenho para observar se a mudança de desempenho se mantém;
- Adicionar uma nova mediana (fase) ao gráfico de tendência indicando o novo nível de desempenho, prolongando-a para o futuro como um novo ponto de comparação e detecção de mudanças. O gráfico 5 demonstra um exemplo de gráfico de tendência com duas medianas;
- Eliminar ou promover a causa de variação não aleatória dependendo do impacto no desempenho.

GRÁFICO 5 Exemplo hipotético de gráfico de série temporal com duas medianas (fases)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O **anexo III** apresenta o passo a passo para elaboração de um gráfico de série temporal e algumas perguntas frequentes sobre essa ferramenta.

2.6 AÇÃO/TRATAMENTO

A última etapa na jornada de um plano de monitoramento é a ação ou tratamento. Após análise cuidadosa dos dados, considerando a variação por eles apresentada ao longo do tempo (e não apenas um mero julgamento de atingir ou não a meta estabelecida), é possível identificar se há necessidade ou não da tomada de alguma ação. Algumas perguntas simples podem nortear essa decisão:

- O que aprendemos com os dados?
- O desempenho do indicador está conforme o esperado? Houve melhora ou piora?
- As ações/intervenções resultaram em impacto positivo ou negativo no desempenho do indicador?
- Se o impacto foi positivo, como torná-las parte da rotina?
- Se o impacto foi negativo ou neutro, devemos reavaliar as intervenções e, se for o caso, adaptá-las ou até abandoná-las. Quais outras ações podemos fazer?

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

Anexo 3



bit.ly/31SEi8t

Acesse pelo
Qr Code ou
link acima

Uma vez que foi decidido que alguma ação é necessária, pode-se usar a sequência do Modelo de Melhoria descrita acima para planejá-la. O anexo III contém algumas ferramentas úteis para o planejamento de um projeto de melhoria mais amplo ou plano de ação.

REFERÊNCIAS

1. The Health Foundation. Simplificando a melhoria da qualidade. Proqualis, tradutor [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; 2014 [acesso em 2019 nov. 30]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando%20a%20melhoria%20da%20qualidade.pdf>
2. The Health Foundation. Superando os desafios para melhorar a qualidade. Proqualis, tradutor [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; 2014 [acesso em 2019 nov. 30] 2019]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Superando%20desafios%20para%20melhorar%20a%20qualidade.pdf>
3. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. 2ed. Petenate AJ, tradutor. Campinas: Mercado das Letras; 2011.
4. Provost L, Murray S. The Healthcare Data Guide: Learning from data for improvement. San Francisco: Jossey-Bass; 2011.
5. Proqualis. Medidas e Indicadores. [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; 2018 [acesso em 2020 fev. 22]. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/aula-3-medidas-e-indicadores>
6. Solberg LI, Mosser G, McDonald S. The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *Jt Comm J Qual Improv.* 1997 Mar;23(3):135-47.
7. World Health Organization. Handbook for National Quality Policy and Strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press; 2003.
9. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*, No. 96 Paris: OECD Publishing; 2017.
10. Proqualis. Indicadores de segurança do paciente. [internet]. Proqualis: Rio de Janeiro [acesso em 2020 fev. 20]. Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>

11. Carey R, Lloyd R. Measuring Quality Improvement in Healthcare: A Guide to Statistical Process Control Application. Wisconsin: ASQ; 2001.

12. Shewhart WA. Economic Control of Quality of Manufactured Product. Mansfield Centre: Martino Publishing; 2015.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

CAPÍTULO 4
EXPERIÊNCIAS
DOS ESTADOS NA
OPERACIONALIZAÇÃO
DO PROJETO

1. VISÃO GERAL DAS EXPERIÊNCIAS DAS SES

Este capítulo dá voz ao grupo condutor de algumas SES com representatividade das diferentes regiões do país. Cada SES relata aqui sua experiência com a execução do Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no PES 2020-2023, apresentando reflexões sobre a jornada para a elaboração das diretrizes, objetivos e metas; o aprendizado; os desafios e os principais ganhos com o projeto.

Será possível observar aspectos relevantes ao estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas de forma geral e que foram abordados conceitualmente no transcorrer deste documento. Alguns exemplos incluem a importância do engajamento da liderança em segurança do paciente, como no exemplo da Bahia e do Piauí; a definição acurada do escopo dos objetivos e diretrizes, como no exemplo do Rio Grande do Norte; a constância de propósito necessária para avançar a causa da segurança do paciente, como no exemplo do Rio de Janeiro; o engajamento de diversos grupos de atores envolvidos no processo de cuidado, como no exemplo de Mato Grosso e Rondônia; e a estruturação minuciosa do trabalho, como no exemplo do Paraná.

Houve grande variação entre as diretrizes, objetivos e metas apresentados pelas diferentes SES, reflexo da pluralidade de contextos presentes em um país de dimensões continentais como o Brasil. No entanto, alguns temas se repetiram com certa frequência, como, por exemplo: a formalização de instâncias gestoras de segurança do paciente nos estados; o desenvolvimento de planos estaduais de segurança do paciente; a implantação de núcleos e protocolos de segurança do paciente nos serviços de saúde e o incentivo à notificação de incidentes e eventos adversos.

Outro tema recorrente foi a necessidade de capacitação em segurança do paciente para gestores e profissionais dos diversos níveis da RAS. Nesse quesito, aponta-se a relevância das escolas de saúde pública, potenciais catalizadoras da discussão dessa temática.

Diretrizes e objetivos para engajamento do paciente também foram mencionados, mas ainda de forma tímida. Se lembrarmos que a população é a razão de ser de todo o cuidado, e que um cuidado de qualidade é, entre outros atributos, responsivo e respeitoso às necessidades e valores individuais e da comunidade, veremos que diretrizes e objetivos relacionados com essa temática merecerem mais destaque.

A adesão de várias SES ao projeto, a dedicação do grupo condutor e a inclusão de diretrizes, objetivos e metas no PES 2020-2023, em maior ou menor grau, demonstram uma grande vontade e proficuidade de ideias para aprimorar a gestão da segurança do paciente em âmbito de RAS. O desafio é manter o foco constante na execução para que se tornem realidade e para que os pacientes recebam o cuidado correto, no momento correto, na primeira vez e em todas as vezes.

A SEGURANÇA E A QUALIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: A EXPERIÊNCIA DA TRAJETÓRIA DE 2013 A 2019 E INSERÇÃO DESSA DIRETRIZ NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SESAPI PARA O PERÍODO 2020 A 2023

Artigo 1



bit.ly/2GpVkcF

Tatiana Vieira Souza Chaves¹

Ana Maria Menezes Neiva Eulálio Amorim²

Ângela Maria Leite Barroso³

Suzane de Fátima Ferreira de Castro⁴

Leidimar Barbosa de Alencar⁵

Acesse o artigo completo pelo Qr Code ou link acima

RESUMO

A Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (Sesapi), incentivada pelo compromisso institucional firmado com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e em adesão ao Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente, de forma pioneira, inseriu no bojo dos instrumentos de planejamento e gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como Mapa Estratégico, Plano Plurianual (PPA) e Plano Estadual de Segurança do Paciente do Piauí (Pesp/PI), ações direcionadas para a efetivação da Qualidade e Segurança do Paciente no rol das prioridades do estado. Os objetivos desta pesquisa consistiram em resgatar a trajetória de implantação e implementação dessas práticas nos anos de 2013 a 2019; além de evidenciar o processo de inserção da temática nos instrumentos de planejamento e gestão da Sesapi, desenhados para o período de 2020 a 2023. Trata-se, portanto, de um relato de

1 Farmacêutica, Diretora da Diretoria de Unidade de Vigilância Sanitária do Estado do Piauí (Divisa-PI), professora titular do Centro Universitário Uninovafapi, e-mail: tatianavsc@yahoo.com.br.

2 Psicóloga, Diretora da Diretoria de Unidade de Planejamento (DUP), e-mail: ana.eulalio.ame@gmail.com.

3 Administradora, Divisa-PI, e-mail: angelthe@oi.com.br.

4 Enfermeira, Divisa-PI, e-mail: susaneffcastro@hotmail.com.

5 Assistente Social, Diretoria de Unidade de Descentralização e Organização Hospitalar (DUDOH), e-mail: leidimaralencar@yahoo.com.br.

experiência, de cunho descritivo-exploratório, fenomenológico, com abordagem quantiquantitativa e técnica de análise de conteúdo. Os resultados apontam para um movimento de ressignificação de conceitos e práticas necessárias à sustentabilidade da qualidade do cuidado e segurança do paciente, para além de um enfoque que envolvia tão somente as nuances da assistência à saúde. Nesse sentido, o apoio da Câmara Técnica de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente do Conass foi essencial para a disseminação do conhecimento e troca de experiências, bem como para a efetiva inserção da temática no Planejamento Estratégico da Sesapi. Ficaram evidentes, nos instrumentos elaborados, as perspectivas de melhorias nos modos de cuidar, na organização das ações estratégicas para o alcance dos objetivos e metas previstas no Pesp/PI, considerando a abrangência das ações com foco na redução dos riscos e danos à saúde, inerentes à prestação do cuidado em todos os níveis de atenção. Evidenciou-se ainda que os desafios enfrentados pela Sesapi, ao longo desse percurso e na efetivação das ações do Pesp/PI, referem-se à sensibilização das altas lideranças dos serviços diante da implementação de uma cultura de segurança, da necessidade de fortalecimento dos protocolos institucionais, desde sua elaboração, adesão da equipe, até adequada e efetiva aplicação, bem como da inserção da sociedade civil organizada, dos pacientes e seus familiares na defesa da melhoria da segurança e qualidade do cuidado, enquanto compromisso de todos.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Qualidade. Gestão. Planejamento. Melhoria do Cuidado.

O FOMENTO À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO NA BAHIA



bit.ly/3bjeWnb

Camila Lisboa¹
Emerson Garcia²
Julio Calzado³
Silvana Oliveira⁴
Tereza Carvalho⁵

*Acesse o artigo
completo pelo
Qr Code ou
link acima*

RESUMO

Este artigo aborda a atual situação da Segurança do Paciente (SP) no estado da Bahia e os desafios de fomento à cultura de SP, objetivando descrever o processo de planejamento das estratégias de SP no intuito de incluir esse tema no Plano Estadual de Saúde (PES). Para tal, utilizou-se como método a descrição das ações institucionais para desenvolvimento das estratégias de disseminação da SP no estado, iniciando pela adesão à Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente do Conass, passando para a realização de oficinas colaborativas com técnicos e gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e posterior inclusão da temática no planejamento da Secretaria. Durante as oficinas, que contaram com a participação de líderes e equipe multiprofissional, além da alta gestão (engajamento importante na produção de resultados), houve a confecção do diagnóstico situacional da SP na Bahia, da definição de conceito, missão e visão, além da elaboração do Diagrama Direcionador, incluindo a SP no PES. Tornou-se evidente a necessidade de

¹ Fisioterapeuta-Sesab, e-mail: camila.lisboa@saude.ba.gov.br.

² Sesab; CV: <http://lattes.cnpq.br/1927748844364593>;
e-mail: emerson.garcia@saude.ba.gov.br.

³ Sesab; CV: <http://lattes.cnpq.br/7890003244385814>; e-mail: julio.musse@saude.ba.gov.br.

⁴ Enfermeira-Sesab; e-mail: silvana.oliveira@saude.ba.gov.br

⁵ Subsecretária de Saúde; Sesab; CV: <http://lattes.cnpq.br/3754701337109965>; e-mail: tereza.paim@saude.ba.gov.br.

desenvolvimento de ações para disseminação dessa estratégia, ampliando os resultados de SP para o estado, tendo o engajamento da Secretaria de Saúde importante papel a partir do planejamento para os próximos quatro anos.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Cultura. Alta Gestão. Liderança. Planejamento.

*n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*

PROJETO DE APRIMORAMENTO DA GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



bit.ly/3hSkxTY

Claudia Maria Braga de Mello¹

Elaine Lucio Pereira²

Rita de Cassia Vassoler³

*Acesse o artigo
completo pelo
Qr Code ou
link acima*

RESUMO

Este artigo teve por objetivo desenvolver e implementar políticas, normativas e estratégias para fortalecer a segurança do paciente em toda a Rede de Atenção à Saúde, destacando sua importância na ampliação de sua inclusão na construção do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Projeto de apoio técnico, construído a partir de proposta da Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), com inclusão de consultor em modo semipresencial e por webconferência. O modelo propõe construção de alinhamento de equipe com definição de atividades, construção de diagrama direcionador, com foco na articulação dos processos e viabilidade na tomada de decisão quanto à proposta a ser avaliada e validada pela alta gestão e de planejamento da SES/RJ. Na construção do Mapa Estratégico da SES/RJ, foi incluída na tela inicial a citação: “FORTALECER A POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE”, no item “RESULTADOS PARA SOCIEDADE”. Ademais, no conteúdo geral do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, foram descritas como Diretriz 1: Organização e Qualificação da Rede de Atenção à Saúde, consolidando a regionalização de modo a

¹ Subsecretária de Vigilância em Saúde SVS/SES RJ e representante titular da Câmara Técnica de Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente da SES RJ,
cv: <http://lattes.cnpq.br/3628108092753963>; e-mail: claudia.mello@saude.rj.gov.br

² Chefia de Gabinete do Secretário de Saúde de Estado SES RJ,
cv: <http://lattes.cnpq.br/3800124380383300>; e-mail: elainepereira@globo.com

³ Assessora de Gabinete da Subsecretaria de Vigilância em Saúde SES RJ,
cv: <http://lattes.cnpq.br/1284093235036699>; e-mail: rita.vassoler@saude.rj.gov.br .

Autores declaram inexistência de conflito de interesse ao tema.

impactar positivamente nos resultados sanitários para a população fluminense, ampliando a expectativa de vida saudável; tendo como um dos objetivos: fortalecer a política de segurança do paciente no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Concluiu-se que o processo de construção e implementação das estratégias do projeto sugere que o objetivo alcançado se deu a partir da construção coletiva dos profissionais envolvidos na sua implantação, fortalecido pela acurada escolha do grupo de trabalho local e apoio da alta liderança da Organização.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Planejamento estratégico. Plano Estadual de Saúde. Cultura Organizacional. Saúde Pública.

*n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*

ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES ESTADUAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO PARANÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA



bit.ly/2Z1g8H0

Virgínia Dobkowski Franco dos Santos¹

Priscila Meyenberg Cunha Sade²

Marli Madalena Perozin³

Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias⁴

Acesse o artigo completo pelo Qr Code ou link acima

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que utilizou como método o Planejamento Estratégico Situacional objetivando a elaboração de Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente (Desp) no estado do Paraná. Tal planejamento seguiu os Momentos: Explicativo – Foco na Análise de Situação; Normativo – Direção; Estratégico – Viabilidade, articulação entre o “deve ser” (desejo) e o “pode ser” (realidade); e Tático-Operacional – Ação, apoio ao plano que será posto em vigor, recalculá-lo e aprimorá-lo, como caminhos a serem seguidos. Nessa lógica, foram definidas quatro Diretrizes e seus respectivos objetivos, metas, indicadores e ações, assim como verificada sua viabilidade. Conclui-se que a implementação das

1 Farmacêutica, MBA em Gestão de Serviços de Saúde pela Unibrasil – Centro Universitário, Coordenadora Estadual dos Núcleos de Segurança do Paciente, Coordenação de Vigilância Sanitária (CVIS), Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR); e-mail:virginia.santos@sesa.pr.gov.br

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Chefe da Divisão de Ensino Superior da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR); e-mail:Priscila.sade@sesa.pr.gov.br

3 Médica pediatra, Mestre em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas, presidente do Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Paraná (gestão 2016-2018), Coordenação de Vigilância Sanitária (CVIS), Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR); e-mail:marliperozin@uol.com.br

4 Médica, Especialista em Infectologia pela Sociedade Brasileira de Infectologia, Presidente da Comissão Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde do Paraná (CECISS-PR), Presidente da Associação Brasileira dos Profissionais em Epidemiologia e Controle de Infecção ABIH; e-mail: carvalhohdias@gmail.com

Desp é preponderante para o desenvolvimento de estratégias de qualificação das equipes nos níveis regionais e municipais do estado Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Assistência à Saúde. Planejamento. Saúde Pública. Políticas Públicas.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

SEGURANÇA DO PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A INSERÇÃO DE ESTRATÉGIAS NO PLANEJAMENTO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Artigo 5



bit.ly/2YZrLOC

Nádia Aparecida Campos Dutra¹
Dayane Aparecida Alves²
Ane Karine Alkmim de Sousa³
Anderson Macedo Ramos⁴
Karla Adriana Caldeira⁵
Aline Machado Caetano Costa⁶

Acesse o artigo completo pelo Qr Code ou link acima

RESUMO

O presente artigo descreve a experiência mineira na inserção da temática de segurança do paciente no Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para o período de 2020 a 2023, com foco na redução da mortalidade materna. Com a perspectiva de uma construção coletiva, várias áreas da SES-MG foram convocadas

1 Enfermeira Especialista em Controle de Infecção e Segurança do Paciente. Referência Técnica em Controle de Infecção e Segurança do Paciente da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: nadia.aparecida@saude.mg.gov.br

2 Bacharel em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Referência Técnica da Saúde das Mulheres e Crianças da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: dayaneaalves@hotmail.com.

3 Especialista em Políticas e Gestão de Saúde. Referência Técnica da Saúde das Mulheres e Crianças da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: karine.anek@gmail.com

4 Enfermeiro Especialista em Saúde Pública e Segurança do Paciente. Diretor da Vigilância em Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: anderson.macedo@saude.mg.gov.br

5 Enfermeira obstétrica. Referência Técnica da Coordenadoria de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: karla.caldeira@saude.mg.gov.br

6 Especialista em Serviços e Sistemas de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais e em Vigilância em Saúde. Diretora de Informações Epidemiológicas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: aline.machado@saude.mg.gov.br

para compor o grupo condutor do Projeto. O trabalho ocorreu no período de 10 de julho a 08 de novembro de 2019, com a realização de nove reuniões para definir as diretrizes, construir o diagrama direcionador, elaborar o plano de ação e elencar as estratégias de monitoramento e avaliação. A redução da mortalidade materna foi definida como ação prioritária, e, inicialmente, o foco serão os hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e que realizam partos. Os trabalhos serão iniciados em 112 hospitais, por meio da aplicação de um plano de ação com diretrizes que incluem: sensibilização de profissionais das Redes de Atenção à Saúde sobre a importância da segurança do paciente nos serviços; implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nesses hospitais; qualificação da atenção ao pré-natal por meio de webaulas, oficinas e videoconferências; capacitações sobre elaboração dos Planos de Segurança do Paciente nos serviços; implementação da Lista de Verificação para Parto Seguro nas maternidades dos hospitais com leitos de UTI e monitoramento do seu preenchimento. A partir das ações citadas, a Superintendência de Vigilância em Saúde e as Subsecretarias de Políticas e Ações em Saúde, de Regulação e de Gestão Regional passarão a identificar indicadores destinados ao acompanhamento dessas ações. Diante do desafio da redução da mortalidade materna em Minas Gerais, esse Projeto torna-se uma potencialidade para a integração e interlocução entre diferentes atores para atuação nesse e em outros problemas que envolvem falhas na segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento em saúde. Segurança do paciente. Mortalidade materna. Gestão em saúde.

GESTÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2020-2023 DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA SES MARANHÃO



bit.ly/32RsOB5

Benta Lopes Silva¹

Carlos Eduardo de Oliveira Lula²

Flávia Regina Vieira da Costa Santos³

Mayrlan Ribeiro Avelar⁴

Myllena Carvalho Veras⁵

Acesse o artigo completo pelo Qr Code ou link acima

RESUMO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária define Segurança do Paciente como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde”. A implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) é obrigatória, em conformidade com a RDC 36. O objetivo do estudo foi descrever a prática da gestão de Segurança do Paciente na construção do Planejamento Estratégico 2020-2023 da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Trata-se de relato de experiência, em que os dados compilados foram extraídos da plataforma da Superintendência de Vigilância em Saúde, estruturados e tratados em tabela Excel® 2016. O processo de implantação dos NSP exposto neste estudo iniciou-se em 2016 e está em evolução. O estado do Maranhão possui 109 NSP, distribuídos sob a gestão federal, estadual, municipal e na categoria outros, aqueles compostos por unidades particulares e filantrópicas. Evidenciou-se que ainda há a necessidade de ampliação do número dos NSP, assim

1 Pedagoga, Assessora Técnica, SAAS/SES-MA, e-mail: benta.silva@saude.ma.gov.br.

2 Advogado, Secretário de Saúde do Estado do Maranhão, E-mail: carloslula@carloslula.com.br.

3 Enfermeira, Chefe de Departamento de Normas e Legislação SAAS/SES-MA, e-mail: flavia.costa@saude.ma.gov.br.

4 Enfermeira, Superintendente de Acompanhamento a Rede de Serviço SAAS/SES-MA, e-mail: mayrlan.avelar@saude.ma.gov.br.

5 Enfermeira, Assessora Técnica, SAAS/SES-MA, e-mail: myllena.veras@saude.ma.gov.br.

como há necessidade de fortalecimento da cultura de qualidade e segurança do paciente nas unidades de saúde. Dessa forma, foram inseridas as Diretrizes da Gestão de Segurança do Paciente no Planejamento Estratégico 2020-2023 do Maranhão.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Estratégico. Núcleo de Segurança do Paciente. Gestão da Qualidade. Cultura de Segurança e Gestão de Risco.

*n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*

O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E A INSERÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: SERVIÇOS SEGUROS E DE QUALIDADE COMO META DA GESTÃO DO RIO GRANDE DO NORTE



bit.ly/3jEoEDz

Emanuel Avelino¹

Aline Silva²

Alessandra Silva³

Márcia Galvão⁴

Acesse o artigo completo pelo Qr Code ou link acima

RESUMO

Este estudo teve por objetivo expor o projeto que teve como produto a inserção da Segurança do Paciente no âmbito da gestão estadual, por meio do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Adotaram-se como metodologia a composição de um grupo de trabalho e a participação do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente do RN, por meio da utilização de ferramentas e webconferências, com base na revisão de literatura e na revisão das notificações de eventos adversos no estado, para elaboração de diretrizes, objetivos e metas, apoiado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pela Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente. Elaborou-se um produto que será inserido no PES 2020-2023, para, dessa forma, trabalhar a Segurança do Paciente na gestão da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap/RN). Concluiu-se

1 Farmacêutico (UFRN), membro no Núcleo Estadual de Segurança do Paciente pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte; e-mail: emanuelpharmartins@gmail.com

2 Enfermeira (UFRN), membro no Núcleo Estadual de Segurança do Paciente pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte; e-mail: enfalinesesap@gmail.com

3 Enfermeira (UFRN), membro no Núcleo Estadual de Segurança do Paciente pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte; e-mail: enfalessandraalves@gmail.com.br

4 Doutora em Administração (UFRN), farmacêutica no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). CV: <http://lattes.cnpq.br/9265557599831563>; e-mail: marciafernandasm@yahoo.com.br

que, pela primeira vez no estado RN, as ações de Segurança do Paciente foram introduzidas no PES e, por consequência, serão trabalhadas durante a vigência do plano; dessa forma, têm-se alguns setores da Sesap/RN com ações de Segurança do Paciente com metas inseridas no PES e ações no Programa Anual de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão. Segurança do Paciente. Gerenciamento de segurança. Qualidade da assistência à saúde.

*n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*

PLANO DE AÇÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE MATO GROSSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA



bit.ly/2QJgdKK

Maria do Carmo Souza¹

Queli Cristina Oliveira²

Tatiana Helena Belmonte³

Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias⁴

Deisi de Cássia Bocalon Maia⁵

Acesse o artigo completo pelo Qr Code ou link acima

RESUMO

A segurança do paciente é um tema de importância mundial, sendo considerado uma prioridade nos serviços de saúde. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde, desde 2002, vem desenvolvendo ações voltadas para a segurança do paciente. No Brasil, foi apenas em 2011 que se iniciou um movimento de boas práticas nos serviços de saúde, e foi em 2013 que as ações se tornaram específicas de segurança do paciente por meio da publicação de normativas voltadas para o tema. Em Mato Grosso, de forma efetiva, somente no ano de 2019 é que foi dada celeridade ao processo de implantação do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (Nesp-MT). Para o relato de experiência acerca da formulação conjunta do Plano de Ações a ser executado pelo Nesp-MT como narrativa de natureza qualitativa, utilizaram-se a análise documental e a experiência dos auto-

1 Profissional Técnico de Nível Superior do SUS – Bióloga, SES/MT; CV: <http://lattes.cnpq.br/6995125338535336>; e-mail: mariacarmo@ses.mt.gov.br.

2 Profissional Técnico de Nível Superior do SUS – Enfermeira, SES/MT; CV: <http://lattes.cnpq.br/7651823772115805>; e-mail: quelicristina.oliveira@gmail.com.

3 Profissional Técnico de Nível Superior do SUS – Analista de Sistemas, SES/MT; CV: <http://lattes.cnpq.br/6424557152886351>; e-mail: tatianabelmonte@ses.mt.gov.br.

4 Profissional Técnico de Nível Superior do SUS – Nutricionista, SES/MT; CV: <http://lattes.cnpq.br/1918376175641346>; e-mail: keyladias@ses.mt.gov.br.

5 Profissional Técnico de Nível Superior do SUS – Enfermeira, SES/MT; CV: <http://lattes.cnpq.br/4713849634332256>; e-mail: deisimaia@ses.mt.gov.br. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses com o tema e dados da publicação que apresentaram.

res. A formulação do plano de ação deu-se mediante construção coletiva, obtida a partir de vários encontros presenciais entre os técnicos das diferentes áreas da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com o objetivo de identificar a temática da segurança do paciente em suas atividades, para incluir ações no Plano Estadual de Segurança do Paciente 2020-2023. Apesar das dificuldades encontradas, foram inseridas ações específicas sobre o tema no Plano Estadual de Saúde, o que pode vir a favorecer a execução, o monitoramento e o controle das ações propostas. Essa construção envolvendo os técnicos das diversas áreas faz com que cada indivíduo se sinta parte do processo e responsável pela execução da ação a ele incumbida.

n. 34

*Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Eventos adversos. Saúde pública. Gestão de riscos. Prevenção de acidentes.

EXPERIÊNCIA DE RONDÔNIA NO PROJETO DE APRIMORAMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PES 2020-2023

Artigo 9



bit.ly/31S8Sip

Rosa Maria Ferreira de Almeida¹

Clívia Roberta Barbosa da Silva²

Vanessa Ezaki³

Acesse o artigo completo pelo Qr Code ou link acima

RESUMO

Este artigo teve como objetivo expor o processo de participação, por meio de um relato de experiência, do estado de Rondônia no Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no Planejamento Estratégico 2020-2023. Foi idealizado durante a participação do estado de Rondônia, por meio da Coordenação Estadual de Segurança do Paciente (SP) e da gestão do Grupo Condutor, em que se utilizou um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, embasado na vivência da equipe durante o processo de melhoria da gestão de SP no estado. A participação no projeto permitiu intensificar o debate entre os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (Sesau/RO) sobre a SP, bem como associar esta ao Planejamento Estratégico, entendendo que não há mais possibilidades de retrocesso e que é possível avançar apesar do cenário de instabilidade econômica pelo qual passam o país e o financiamento do Sistema Único de Saúde. Percebe-se que as melhorias devem ser promovidas principalmente pela gestão, por meio da otimização de recursos e energia, mas especialmente pela ênfase em modificar os processos de trabalho, envolvendo a SP em todos os níveis de atenção à saúde, elevando, assim, a qualidade assistencial, colocando o usuário/paciente no centro de tal perspectiva. Os resultados apontam para uma construção coletiva das ações, haja vista a inserção e a participação do estado em projetos nacionais e o comprometimento da equipe que pactuou atividades e agenda

1 CV: <http://lattes.cnpq.br/3077525564953751>; e-mail: rosamfalmeida@yahoo.com.br

2 CV: <http://lattes.cnpq.br/2862759156526938>; e-mail: cliviarbs@gmail.com

3 CV: <http://lattes.cnpq.br/6778333457498219>; e-mail: vanessa.ezaki@hotmail.com

para a construção de metas e objetivos que devem ser inseridos no Mapa Estratégico da Sesau/RO, sendo possível inferir que há promoção da cultura de segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Gestão em Saúde. Planejamento. Organização. Administração.

A RELAÇÃO ENTRE O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: CASA DE SAÚDE INDÍGENA – LESTE DE RORAIMA



bit.ly/3hSte0r

Andreza Fontenele Ravazzi¹
Angela Aparecida Neto Amaral²
Juliana Rodrigues Santos Lima³
Kathiane da Silva Alencar⁴
Zenaide Peres de Sousa⁵

*Acesse o artigo
completo pelo
Qr Code ou
link acima*

RESUMO

O presente artigo relata a experiência e a importância do Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde 2020/2023 para a consolidação da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente na Casa de Saúde Indígena (Casai), pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima. Teve por objetivo descrever a elaboração e as estratégias para implantação dos protocolos elencados em projeto-piloto para aferir a possibilidade de expansão da implantação. Inicialmente, foram definidos dois protocolos a serem implantados: identificação do paciente e higienização de mãos. As estratégias utilizadas foram de conscientização da comunidade indígena por meio de reuniões dos conselhos e, posteriormente, com os pacientes atendidos, explicando e exemplificando, dentro de seu contexto, as ações

1 Enfermeira, Analista Técnica de Políticas Sociais, Chefe da Casa de Saúde Indígena Leste de Roraima; e-mail: andreza.ravazzi@saude.gov.br.

2 Enfermeira, Coordenadora-Geral da Atenção Especializada de Roraima, Secretaria Estadual de Saúde; e-mail: angelaneto.aa@gmail.com.

3 Enfermeira, responsável técnica pelo núcleo de segurança do paciente Casai-Leste, Casa de Saúde Indígena Leste de Roraima; e-mail: julianalima2603@gmail.com.

4 Enfermeira, gerente do núcleo estadual de controle de infecção hospitalar e segurança do paciente de Roraima, Departamento Estadual de Vigilância Sanitária; e-mail: kathianesabini@gmail.com.br.

5 Professora, técnica administrativa, Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima; e-mail: zpsousa01@hotmail.com.

que seriam realizadas na unidade de saúde a partir da realização de treinamentos e oficinas para todos os colaboradores. Foi possível inferir que a estratégia causou grande repercussão nas reuniões da comunidade/Aldeia, pois muitos referiram se sentir mais confiantes no atendimento dentro da Casai Leste de Roraima.

PALAVRAS-CHAVE: Protocolo. Segurança. Paciente. Indígena.



Alessandra Dutra Falcão¹
Maria Alzira de Melo Falcão²
Marcela Tárzia Barros Pereira³
Rachel de Queiroz Monteiro Alves⁴
Vívian de Oliveira Lopes⁵

*Acesse o artigo
completo pelo
Qr Code ou
link acima*

RESUMO

O objetivo deste artigo foi explanar as ações desenvolvidas no âmbito de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde no estado da Paraíba, no ano de 2019, bem como o planejamento para a implementação e conscientização da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. A Organização Mundial da Saúde define Segurança do Paciente como redução máxima de risco de dano. Isso significa diminuir os incidentes, ação que já se trabalhou na rede de atenção hospitalar. Buscando demonstrar a relevância sobre o Tema: Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde, foi realizada uma revisão sistemática da literatura de 2000 a 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, nas bases de dados: Lilacs, BBO e SciELO. Com base na literatura pesquisada e com o advento do Projeto PlanificaSUS na Atenção Primária à Saúde com ênfase à implantação de ações voltadas à Segurança do Paciente, foi possível constatar que

1 Odontóloga, Secretaria de Estado de Saúde, alessandradutra@agevisa.pb.gov.br.

2 Administradora, Técnica em Controle de IRAS da Comissão Estadual de Controle de Infecções em Serviços de Saúde/CECISS da Paraíba, zirafalcao@hotmail.com.

3 Enfermeira, Coordenadora do Núcleo de Atenção Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba, marcela_tarcia@hotmail.com.

4 Enfermeira, Técnica de Controle de Infecção em Serviços de Saúde da Comissão Estadual de Controle de Infecções em Serviços de Saúde/CECISS da Paraíba, cecisspb@hotmail.com.

5 Enfermeira, Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente da Agência Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba, vivianiasd@gmail.com.

a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde ainda vem sendo implantada e como, na assistência hospitalar, é adequada e aplicável ao contexto em que vivemos hoje no estado.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Atenção Primária à Saúde. Núcleo de Segurança do Paciente.

*n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023*



Nírley Marques de Castro Borges¹

Maíza Daiane Alves de Souza²

Gilvanete dos Santos Santana³

Fernanda Barreto Aragão⁴

Maynara Lima Franca⁵

*Acesse o artigo
completo pelo
Qr Code ou
link acima*

RESUMO

O objetivo deste artigo foi descrever a experiência do estado de Sergipe, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), no Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, bem como a implantação de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada nas regiões participantes do Projeto de Planificação de Atenção à Saúde (PlanificaSUS). Foi feita uma breve revisão de literatura e descrição dos trabalhos no Conass e na Secretaria de Estado da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente. Qualidade do Cuidado. Atenção Primária à Saúde. Eventos Adversos.

1 Enfermeira, Coordenadora do Nesp-Ciras, SES-SE; e-mail: nirleyborges@hotmail.com.

2 Biomédica, Referência Técnica do Nesp-Ciras, SES-SE;
e-mail: maiza_daiane@hotmail.com.

3 Enfermeira, Referência Técnica da Atenção Hospitalar, SES-SE,
e-mail: gilvanetesantanaa@gmail.com.

4 Enfermeira, Assessora Técnica da Atenção Primária à Saúde, SES-SE,
e-mail: fernanda__aragao@hotmail.com;

5 Enfermeira, Apoiadora Institucional da Atenção Primária à Saúde, SES-SE;
e-mail: maynarafranca.1@gmail.com.

CAPÍTULO 5
CONSIDERAÇÕES
FINAIS

Segurança do paciente é atualmente considerada uma prioridade global de saúde pública¹. O cuidado de saúde é capaz de trazer grandes benefícios às populações, mas carrega em si também certo grau de risco². Alguns riscos são conhecidos e inerentes às doenças de base e tratamentos; outros, no entanto, são resultantes de falhas na organização do sistema de saúde e de seus processos². Essas falhas causam milhões de episódios de dano todos os anos, sendo uma das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo³.

Apesar do avanço alcançado nas últimas décadas por uma série de países e organizações, a carga de dano ainda é inaceitável. O cuidado inseguro gera não apenas sofrimento desnecessário a milhares de pacientes e familiares, mas perda de confiança e impacto financeiro negativo no sistema¹. Uma parte considerável dos eventos adversos decorrentes das falhas de segurança poderia ser evitada, representando economia de recursos aos sistemas de saúde que já normalmente operam com contenção. Segundo dados do *National Academies of Science, Engineering and Medicine* dos EUA, o impacto financeiro de cuidado de saúde de baixa qualidade pode chegar a US\$ 1,4-1,6 trilhão ao ano por perda de produtividade em países de renda baixa a média⁴, além de consumir 15% dos gastos hospitalares em países da OCDE⁵.

A literatura acerca da carga de dano e seu impacto é profícua, mas ainda há poucos dados epidemiológicos e financeiros acerca desse impacto nos sistemas de saúde dos países com economias em transição. O Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (Ibeas) foi um projeto de cooperação entre os governos da Argentina, da Colômbia, da Costa Rica, do México e do Peru e da Espanha com a Opas e a OMS que deve, por objetivo, avaliar a frequência com que ocorrem eventos adversos em hospitais desses países. O estudo englobou 11.379 pacientes em 58 hospitais desses cinco países. Os

resultados indicaram uma prevalência de eventos adversos de 10,95%; 28% levaram à incapacidade e 6% ao óbito; 60% dos eventos foram considerados evitáveis⁶.

Estudo similar foi realizado por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz em quatro hospitais gerais da região sudeste do Brasil, apontando prevalência de 12,5% de eventos adversos (1,3 evento a cada 10 internações) com evitabilidade de 42,7%. A menor evitabilidade em comparação ao estudo Ibeas pode ser decorrente das características da amostra, com pacientes com nível educacional maior e hospitais de qualidade melhor segundo os autores⁷.

Estudo publicado anteriormente por Mendes *et al.*⁸ avaliou a magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais brasileiros. Foi selecionada uma amostra aleatória de 622 prontuários de pacientes internados em dois hospitais gerais, públicos e de ensino do Rio de Janeiro em 2003. O impacto financeiro dos eventos adversos foi estimado por intermédio dos dias adicionais dele decorrentes, do tempo de permanência e de informações financeiras do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). A análise de prontuários demonstrou que 6,3% (39/622) dos pacientes sofreram algum tipo de evento adverso; apresentando um tempo médio de permanência de 28,3 dias maior do que os pacientes que não sofreram evento adverso. O custo estimado nesses dois hospitais, considerando-se o total de internações em 2003, foi de R\$ 1.212,363,30, representando 2,7% do valor do reembolso recebido, demonstrando o grande impacto financeiro dos eventos adversos.

Apesar de a maior parte do cuidado de saúde ser prestado em ambiente ambulatorial e de atenção primária, dados acerca de eventos adversos nesses ambientes são menos frequentes do que em hospitais. Esse cenário está mudando, mas os resultados dos estudos e metodologias ainda variam consideravelmente. Relatório publicado em 2018 pela OCDE sobre aspectos econômicos da segurança do paciente na atenção primária e ambulatorial (*The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care*)⁹ revelam que aproximadamente metade da carga global de dano tem origem em ambientes de atenção primária e ambulatorial: 4 em cada 10 pacientes

enfrentam algum lapso de segurança, sendo que a maioria poderia ser evitada. O impacto financeiro e social dos danos ocorridos nesses ambientes é alto, podendo chegar a 2,5% do total de gastos com saúde, segundo esse mesmo relatório.

No contexto da América Latina, estudo publicado em 2015 por Montserrat-Capella *et al.*¹⁰ analisou a prevalência de eventos adversos em ambiente ambulatorial de cuidado em quatro países. A prevalência na amostra selecionada de 2.080 pacientes foi de 5,2% com 44% de evitabilidade, que esteve associada com status socioeconômico do paciente, erro de medicação, erros diagnósticos e impacto menor no paciente.

Conforme já visto anteriormente, segurança do paciente é tradicionalmente definida como “redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”^{11,12}. Essa temática se desenvolveu preponderantemente no ambiente hospitalar, com estratégias de melhoria focadas em problemas clínicos específicos. Muitas das estratégias e conceitos são aplicáveis a outros ambientes de cuidado, mas podem ser necessárias as adaptações nas intervenções conforme o contexto. A melhoria da segurança do paciente em âmbito populacional tem demonstrado ser um desafio maior².

Sobre esse desafio, Vincent e Amalberti² argumentam que as dificuldades que os sistemas de saúde e o campo da segurança do paciente enfrentam são, em parte, decorrentes do próprio sucesso da medicina em combater as doenças. Os avanços na medicina moderna combinados a melhorias nutricionais e no ambiente resultaram em um envelhecimento populacional e em pessoas vivendo com múltiplas condições crônicas. Os autores mencionam ainda que a melhoria nos padrões de cuidado, as novas tecnologias e as organizações têm potencial para trazer muitos benefícios, mas carregam em si novos riscos e um fardo a pacientes e profissionais.

Por fim, concluem que é necessário um novo modelo de cuidado de saúde cujo foco seja a jornada inteira do paciente pelos diferentes ambientes de cuidado, com a maioria deste sendo prestado em casa ou na comunidade. Concluem também que é necessária uma nova visão da segurança do paciente, como a gestão do risco ao longo do tempo, e uma consciência de

que a epidemiologia dos danos e as intervenções e estratégias necessárias para prevení-los ou mitigá-los podem ser diferentes daquelas tradicionalmente utilizadas em ambientes hospitalares.

A visão de segurança do paciente como gestão de risco ao longo do tempo abrangendo todo o episódio de cuidado, com risco definido não apenas sob a perspectiva dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, mas, acima de tudo, do paciente que recebe o referido cuidado², alinha-se ao conceito de RAS e ao modelo de construção social da APS proposto por Mendes¹³: as RAS prestam “[...] uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, de forma humanizada e segura e com equidade [...]”.

Fica claro, portanto, que as dimensões de um cuidado de saúde de qualidade, entre elas, a segurança do paciente, já nascem com a RAS, devendo ser consideradas em cada um de seus níveis e desenhos de processos de trabalho. A segurança do paciente é, portanto, um atributo inerente e transversal à toda RAS.

Merece destaque ainda o papel da APS enquanto coordenadora de toda a RAS. Para que exerça essa função de forma efetiva, é necessário, além de mecanismos de coordenação, que haja coerência entre a oferta e a demanda. Mendes¹⁴ propõe que tal harmonização seja atingida por meio de um processo de construção social da APS que “[...] faz-se pelo desenvolvimento e implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas [...]”. Para tal, utiliza-se o modelo proposto por Donabedian (Estrutura → Processo → Resultado) para avaliar a qualidade de serviços de saúde e a gestão por processos¹⁵.

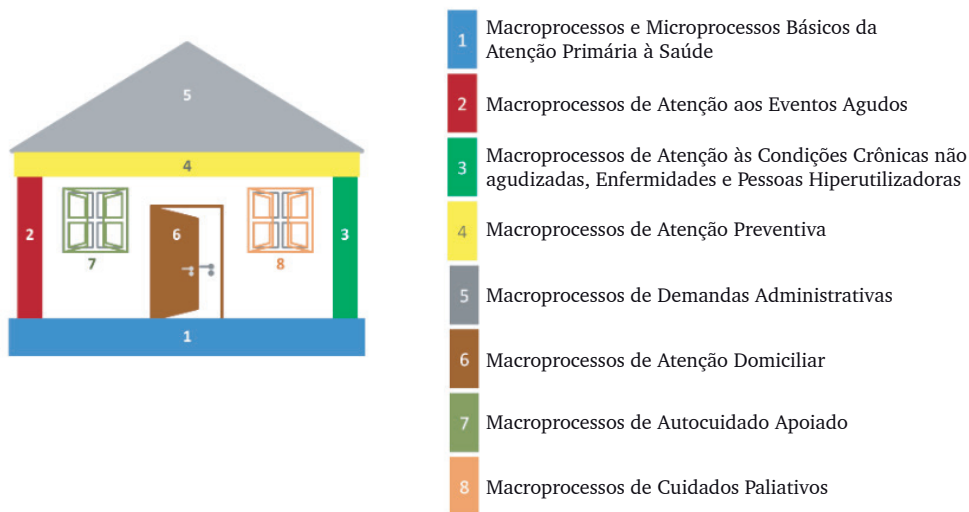
A metáfora da casa é frequentemente utilizada para explicar a construção social da APS. As intervenções na estrutura, nos macroprocessos e microprocessos básicos da APS constituem o alicerce da casa, a base de sustentação de todo o restante. A casa será tão sólida quanto seu alicerce. As demais estruturas da casa representam respostas sociais às diferentes demandas de uma população¹⁴.

Com essa concepção em mente e considerando-se que eventos adversos também ocorrem com frequência na APS, conforme exposto acima,

compreende-se que segurança do paciente é componente essencial dos materiais utilizados na construção da casa, sejam as portas, paredes, teto ou janela. Em outras palavras, devem-se considerar os riscos de cada uma das diferentes respostas sociais da APS, bem como adotar medidas, barreiras e intervenções para gerenciá-los ao longo do tempo.

No entanto, especialmente relevante para a sustentação de uma casa é a qualidade de seus alicerces, portanto, especial atenção deve ser dada às intervenções de estrutura e desenho dos macros e microprocessos para que estejam aptos a garantir que o cuidado prestado seja seguro.

FIGURA 26 **A metáfora da casa na construção social da APS**



FONTE: MENDES¹⁴.

O Projeto da Planificação da Atenção à Saúde conduzido pelo Conass exemplifica um enfrentamento a esse desafio ao considerar o conceito de segurança do paciente no modelo da gestão das condições de saúde e da clínica, inclusive com reconhecimento de boas práticas por meio de um selo de qualidade.

Nesse contexto, considerando a segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade do cuidado de saúde e característica inerente à RAS, é mister que o compromisso da gestão em promover cuidado de saúde

seguro para todos os níveis da RAS esteja, de alguma forma, claramente expresso no PES.

Contemplar segurança do paciente de forma estruturada no PES dos diferentes estados é um passo importante para melhorar a segurança do paciente em âmbito populacional. Essa abordagem tem o potencial para contribuir para a construção social da APS, com o desenvolvimento das RAS e com o fortalecimento do SUS enquanto ferramenta catalizadora do acesso universal a serviços de saúde de qualidade.

Não basta garantir apenas acesso, seus benefícios são enfraquecidos quando a estrutura, os processos e a cultura dos serviços de saúde resultam em danos aos pacientes e seus familiares. Esse projeto contribui também para o fortalecimento da CTQCSP do Conass enquanto instância fundamental de governança da segurança do paciente, e garante alinhamento às iniciativas mundiais de tornar segurança do paciente uma prioridade estratégica de saúde pública.

Entretanto, faz-se necessário destacar que, para a realização dos resultados acima descritos, não basta a inserção de diretrizes, objetivos e metas de segurança do paciente no PES. É imprescindível manter o foco incansável na execução deles, de forma que saiam do papel e se tornem realidade.

Por fim, é plausível afirmar que o Projeto de Aprimoramento da Gestão da Segurança do Paciente no PES 2020-2023 é inovador e ousado ao ter como escopo principal o aprimoramento da segurança do paciente em âmbito de RAS, e não apenas em ambientes específicos de cuidado, contribuindo, assim, para que a população, razão de ser da RAS, receba o cuidado correto, no momento correto, na primeira vez e em todas as vezes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Assembly 72. Patient Safety: global action on patient safety: report by the Director General [internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [acesso em 2020 fev. 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328696>
2. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Proqualis, tradutor [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016 [acesso em 2020 fev. 23]. Disponível em: <https://proqualis.net/livro/cuidado-de-sa%C3%BAde-mais-seguro-estrat%C3%A9gias-para-o-cotidiano-do-cuidado>
3. World Health Organization. 10 Facts on patient safety [internet]. Geneva: World Health Organization; [Aug. 2019] [acesso em 2020 fev. 23]. Disponível em: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
4. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Crossing the global quality chasm: improving healthcare worldwide. Washington, DC: The National Academies Press; 2018.
5. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017.
6. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf.* 2011;20:1043-1051.
7. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Travassos C. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2018 Jul 1;30(6):480-485.
8. Porto S, Marins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saúde Publica.* 2010. Nov; Vol Temático(10):74-80.
9. Auraaen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. OECD: Paris; 2018.
10. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care.* February 2015;27(1):52-9.
11. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety v 1.1.: final technical report and technical annexes [internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [acesso em 2020 fev. 23]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

12. Proqualis. Aula sobre Taxonomia de Segurança do Paciente [internet]. Rio de Janeiro: Proqualis; [acesso em 2019 jul. 13]. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>

13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

14. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária em Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2015.

15. Donabedian A. An introduction to quality assurance in healthcare. Oxford: Oxford University Press; 2003.

n. 34
Aprimoramento
da Gestão de
Segurança do
Paciente no Plano
Estadual de Saúde
(PES) 2020-2023

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS Conass Documenta

2020 – CONASS DOCUMENTA 33

Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em
Tecnologia da Informação para a Gestão Estadual do SUS

2019 – CONASS DOCUMENTA 32

Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

2018 – CONASS DOCUMENTA 31

Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção
Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

2018 – CONASS DOCUMENTA 30

O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS:
ênfase na Educação Permanente em Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 29

2º Levantamento da Organização, Estrutura e
Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 28

Rede de Atenção às Urgências e Emergências:
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

2013 – CONASS DOCUMENTA 27

Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

2013 – CONASS DOCUMENTA 26

A Lei n. 141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25

1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24

Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23

Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22

Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21

As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20

O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19

O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15

Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14

Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12

Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10

I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9

I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7

Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6

Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5

Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4

Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3

Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2

Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1

Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia ao reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que, além de não possuir periodicidade definida, aborda diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o CONASS se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas, a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita melhor contraste e fidelidade de cor.
